

# **TIEDETTÄ JA VIESTINTÄÄ LÄÄKÄRI-POTILASSUHTEESSA**

**Marella Modarress**

Tiedeviestinnän  
pro gradu -tutkielma  
Humanistinen tiedekunta  
Oulun yliopisto  
Kevät 2020

## TIIVISTELMÄ

Tiedettä ja viestintää lääkäri-potilassuhteessa

Marella Modarress  
Oulun yliopisto  
Humanistinen tiedekunta  
Tiedeviestintä  
Kevät 2020  
94 sivua + liitteet 1–3

Hyvinvointi ja terveys koskettavat jokaista ihmistä, toisaalta myös sairastuminen ja hoitoon hakeutuminen ovat vääjäämättömiä jossain elämän vaiheessa. Lääkärin ja potilaan kohtaaminen on viestinnällinen tilanne, josta käytännössä jokaisella on omakohtaista kokemusta. Kiinnostusta tämän klassisen viestintätilanteen tutkimiseen on lisännyt tietoisuus onnistuneen lääkäri-potilassuhteen vaikutuksista potilaan hoitotyytyväisyyteen sekä hoitoon sitoutumiseen. Taustalla vaikuttavat myös yhteiskunnan yleinen kehittyminen ja terveydenhuollon rakenteiden uudistuminen, väestön koulutustason kasvu sekä tiedejournalismin medikalisoituminen.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan lääkäri-potilassuhdetta tiedeviestinnällisestä näkökulmasta. Tarkoitus oli selvittää viestinnän merkitystä vastaanottotilanteessa: mitkä tekijät vaikuttavat lääkäri-potilasvuorovaikutussuhteeseen ja sitä kautta potilastyytyväisyyteen sekä miten potilaat kokivat lääkärin onnistuvan lääketieteellisen tiedon yleistajuistamisessa. Tutkimus toteutettiin yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan Fysiatrian poliklinikan kanssa. 37 poliklinikan potilasta vastasi kyselytutkimukseen, lisäksi haastateltavana oli yksi poliklinikan lääkäri ja yksi tutkijan oma potilas.

Tutkimuksessa havaittiin, että lääkäri-potilasvuorovaikutussuhteen keskiössä ovat tieteestä viestiminen, henkilökemioiden kohtaaminen ja käytettävissä oleva aika. Potilaat yhdistivät onnistuneen vuorovaikutuksen ja kuulluksi tulemisen kokemuksen lääkärin ystävälliseen ja ihmisläheiseen sekä ymmärtäväiseen asenteeseen, kykyyn kuunnella ja kuulla sekä luoda kiireettömyyden tuntu. Lääkärin tieteestä viestimisen odotettiin puolestaan olevan tarkkaa, selkeää ja ymmärrettävää, lisäksi potilaat toivoivat lääketieteellisen tiedon yleistajuistamista. Edellä mainitut tutkimustulokset ovat linjassa aiempien kotimaisten ja kansainvälisten tutkimustulosten kanssa. Aihetta olisi syytä tutkia lisää, koska tietoisuuden lisääntyminen vuorovaikutuksen merkityksestä hoitosuhteessa on ensiarvoisen tärkeää kehitettäessä entistä parempia ja tehokkaampia hoitomalleja sekä koulutettaessa uusia terveydenhuollon ammattilaisia.

Asiasanat: tiedeviestintä, vuorovaikutus, lääkäri-potilassuhde, lääketiede

## **ABSTRACT**

### **Science and communication in physician-patient relationship**

Marella Modarress  
University of Oulu  
Faculty of Humanities  
Department of Science Communication  
Spring 2020  
94 pages + attachments 1 to 3

Health and wellbeing concern all of us. Everyone has had some experience of communication with a physician. Interest towards research in physician-patient relationship and communication has increased during the last decades with the growing evidence of the benefits of successful physician-patient relationship to the patients' satisfaction and adherence as well as their improved health status. The general development of the society, the regeneration of the health care system, and the medicalization of the science journalism have raised the question of the patient empowerment and the patient's role in the health care to the spotlight.

The aim of this study was to investigate the physician-patient relationship through science communication perspective. The purpose was to find out which factors influence the physician-patient communication and contribute towards a successful relationship and, also, what made patients feel that the physician had succeeded when communicating about the medical science. The research was carried out in collaboration with the Psychiatry Polyclinic of the University Hospital of Oulu. A group of 37 patients agreed to take part in the study by answering the questionnaire. Additionally, one patient and one physician were interviewed.

Based on the present study, science communication, interpersonal relationship, and reception time are in the center of the physician-patient relationship. Patients associate successful physician-patient relationship to the friendly, humane, and compassionate attitude of the physician. Also, the feeling of a long enough reception time was important for the patients. As for the physicians' successful communication about medical science, patients expected, exact and explicit but at the same time comprehensible communication. These findings are in line with previous literature and research results. Further studies are still needed to increase our understanding of the physician-patient relationship as it is a crucial part of developing better health care system.

**Keywords:** science communication, physician-patient relationship, medicine

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1 JOHDANTO .....	6
2 TIEDETTÄ JA VIESTINTÄÄ .....	8
2.1 Tiedettä .....	8
2.1.1 Lääketiede muotoutuu.....	8
2.1.2 Lähi-idän vaikutus länsimaisen lääketieteen kehitykseen .....	9
2.1.3 Euroopan lääketieteen nousu .....	12
2.1.4 Suomalaisen lääketieteen kehitys.....	14
2.2 Viestintää .....	20
2.2.1 Kautta aikojen on viestitty .....	20
2.2.2 Tieteestä viestimisen historiaa.....	23
2.2.3 Viestinnänmurros osana suomalaisen lääketieteen kehitystä .....	26
3 LÄÄKÄRI-POTILASSUHDE VIESTINTÄTILANTEENA .....	29
3.1 Lääkäri-potilassuhde terveysviestinnän kentässä.....	29
3.2 Vastavuoroisuus vastaanotolla .....	32
3.2.1 Vastaanoton viestintää .....	32
3.2.2 Viestinnän vastaanottoa .....	35
4 TUTKIMUKSEN TAVOITE .....	39
5 AINEISTO JA MENETELMÄT .....	40
5.1 Aineisto .....	40
5.1.1 Tausta .....	40
5.1.2 Rajaukset.....	41
5.1.3 Kyselyt .....	42

5.1.4 Haastattelut .....	43
5.2 Tutkimusmenetelmät.....	44
5.2.1 Tutkimusstrategia ja -viitekehys .....	45
5.2.2 Määrällinen ja laadullinen tutkimus.....	46
5.2.3 Sisällönanalyysi ja -erittely .....	47
6 TULOKSET .....	49
6.1 Kyselylomaketutkimus .....	49
6.1.1 Osallistuneiden taustatiedot.....	49
6.1.2 Tiedonsaanti.....	51
6.1.3 Tietämystaso .....	52
6.1.4 Tiedonhankinta.....	54
6.1.5 Viestintä ja kuulluksi tuleminen.....	55
6.1.6 Mietteitä vuorovaikutuksesta.....	57
6.2 Haastattelut .....	62
6.2.1 Potilas .....	63
6.2.2 Lääkäri .....	66
7 POHDINTA.....	72
7.1 Tiedettä ja viestintää lääkäri-potilassuhteessa.....	72
7.1.1 Tiedonhankinta ja viestintä .....	72
7.1.2 Vuorovaikutus ja viestintä.....	76
7.2 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet.....	84
7.2 Jatkotutkimusehdotukset .....	85
8 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	87
9 LOPUKSI .....	88
LÄHTEET .....	89
LIITEET (1–3) .....	96

## 1 JOHDANTO

Sairauksia ja sairaiden hoitoa on ollut niin kauan kuin on ollut ihmisiäkin, samoin viestintää ihmisten välillä. Kykyä viestiä, ilmaista ja ymmärtää, on pidetty ihmislajin evolutiivisena kilpailuetuna (Facan 2001, 67–70). Ihmislajin menestystarinan on nähty perustuvan tiedon ja taidon jakamiseen sekä kerryttämiseen, niin kutsuttuun kulttuurievoluutioon; tieteellistä viestintää on pidetty kulttuurievoluution ilmentymänä (Karvonen ym. 2014, 50–51).

Terveysviestinnän määritelmästä ei ole oltu tutkimusmaailmassa yksimielisiä, siitä on yhtä monta versiota kuin on tutkijaa. Lääkäriin ja potilaan kohtaamista voidaan kuitenkin pitää varsin klassisena esimerkkinä viestintätilanteesta, niin terveysviestinnän kuin tiedeviestinnän näkökulmasta. Lääkäriin ja potilaan välistä vuorovaikutussuhdetta on tutkittu aktiivisesti 1970-luvulta lähtien (Ong ym. 1995). Kiinnostus tämän klassisen, käytännössä jokaisen ihmisen kokeman, viestintätilanteen tutkimiseen on kasvanut sitä mukaa kun on saatu tietoa sen vaikutuksista potilastyytyvyyteen ja hoitotuloksiin (Ong ym. 1995, Cegala 2003, Haskard Zolnierek & DiMatteo 2009).

Lääkäri-potilassuhde on nähty ja koettu pitkään paternaalisena ylhäältä alaspäin suuntautuvana epäsymmetrisenä viestintäasetelmana (Ong ym. 1995, Valtjus 2014). Viime vuosikymmeninä on kuitenkin nähty suhteen tasa-arvoistumista, potilaan aseman vahvistumista ja potilaiden voimaantumista (Tuorila 2013, Náfrádi ym. 2017). Tasa-arvoinen yhteistyökumppanuussuhde on jatkumoa paternaaliselle hoitosuhteelle; ymmärtääkseen tämän kehityskaaren, on tunnettava niin lääketieteen kuin viestinnän historiaa. Taustalla vaikuttavat muun muassa yhteiskunnan yleinen kehittyminen ja terveydenhuollon rakenteiden uudistuminen, mutta myös väestön koulutustason kasvu ja tiedejournalismin medikalisoituminen.

Pro gradu -työni aiheena on viestintä ja vuorovaikutus lääkäri-potilassuhteessa, tutkin mitkä tekijät vaikuttavat lääkäri-potilasvuorovaikutussuhteeseen, potilaan kuulluksi tulemisen kokemukseen ja vastaanoton tiedeviestintään. Tutkimus on suoritettu yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan Fysiatrian poliklinikan kanssa vuosina 2018

ja 2020. Aineisto on kerätty poliklinikan 37 potilaalta kyselylomakkeella, lisäksi olen haastatellut yhtä omaa potilastani ja yhtä poliklinikan lääkäriä.

Tutkimusaiheen valinnan taustalla on oma kokemukseni potilastyöstä lääkärinä: Hoitosuhteen onnistumisen keskiössä on usein vuorovaikutus. Vaikka oireiden taustalla olevat syyt eivät olisi täysin selvillä, hyvä vuorovaikutus ja kokemus, että on tullut kuulluksi voi riittää potilaalle. Vaikka taustalla olisi sama sairaus/ongelma, vastaanotolla jokaisen potilaan kohdalla on erikseen mietittävä miten asian esittää. Sillä hetkellä tilanteessa on kysymys myös yksilöiden välisestä vuorovaikutussuhteesta sekä viestinnästä, ei pelkästään itse sairaudesta. Tietoisuuden lisääntyminen vuorovaikutuksen merkityksestä hoitosuhteessa on ensiarvoisen tärkeää kehitettäessä entistä parempia ja tehokkaampia hoitomalleja sekä koulutettaessa uusia terveydenhuollon ammattilaisia.

Edellä esitetyn tutkimuksen lisäksi pro gradu -työni sisältää kattavan kirjallisuuskatsauksen, luku 2, jossa syvennyn lääketieteen ja viestinnän historiaan. Historiakatsauksen jälkeen, luvussa 3, esittelen erilaisia terveysviestinnän määritelmiä, jotka vaikuttavat taustalla lääkäri-potilasvuorovaikutussuhdetta tutkittaessa. Luvussa 3 avaan lisäksi aiempaa tieteellistä tutkimusta liittyen lääkäri-potilassuhteeseen ja tuon esille tutkijoiden näkemyksiä vastaanotolla tapahtuvasta vuorovaikutuksesta. Luvussa 4 määrittelen tarkemmin tutkimukseni tavoitteet, luvussa 5 esittelen aineiston sekä tutkimusstrategian ja -menetelmät. Luvussa 6 käyn läpi tutkimustulokset, joita vertailen aiempaan tutkimustietoon luvussa 7. Luvussa 8 esitän johtopäätökset ja luvussa 9 loppusanat.

*Ymmärtääkseen nykyisyyttä on tunnettava menneisyys* (Sagan 1980). Niinpä tämäkin työ alkaa kaukaa menneisyydestä, lääketieteen ja viestinnän historiasta. Lääkärin professio on ikivanha, ja lääkäri kantaa valkoisen takkinsa lisäksi tämän menneisyyden taakan – tiedostaen tai tiedostamattaan.

## 2 TIEDETTÄ JA VIESTINTÄÄ

### 2.1 Tiedettä

Lääketieteen syntyä on hankala jäljittää kovin tarkkaan, sairaita ja sairaiden hoitajia on varmasti ollut niin kauan kuin on ollut ihmisiäkin (Castiglioni 1975, 13, Vuorinen 2010, 34). Maanviljelyn aloitus noin 10 000 vuotta sitten ja korkeakulttuurien synty noin 6000 vuotta sitten Mesopotamiassa ja Egyptissä muutti vähitellen ihmisten tautikirjoa. Pysyvien asuinsijojen, ihmisten kertyminen samoille alueille ja kotieläinten kesyttäminen olivat muovaamassa eri alueiden sairausprofiilia. (Facan 2001, 232 & 240–244, Vuorinen 2010, 43 & 49–51.) Kirjoitustaidon kehittyessä noin 5000 vuotta sitten tietoa eri sairauksista ja hoidoista saatiin vähitellen ylös, savitauluja sekä papyruksia on säilynyt näihin vuosiin saakka kertomaan meille tuhansien vuosien takaisesta lääketieteestä (Facan 2001, 418–419, Vuorinen 2010, 54–60).

#### 2.1.1 Lääketiede muotoutuu

Jo esihistoriallisella ajalla ihminen turvautui lääkinnällisessä tarkoituksessa luonnonyrtteihin ja kasveihin sekä alkeelliseen kirurgiaan aina paiseiden puhkomisesta kallonporaukseen (Castiglioni 1975, 19–39). Länsimaissa lääketieteen juuret on perinteisesti nähty olevan antiikin Kreikassa, mutta lääketiede kehittyi jo paljon varhaisemmassa vaiheessa Mesopotamian ja Egyptin alueella (Setälä 2004, 16–21, Vuorinen 2010, 55 & 70–76, Korpela 2015, 98). Vanhimmat noin 5000–6000 vuoden takaiset lääketieteen kehitykseen viittaavat löydöt sijoittuvat Lähi-itään Mesopotamian alueelle ja noin 4000 vuoden takaiseen Egyptiin (Castiglioni 1975, 32). Antiikinajan lääketiede oli siis jatkumoa tieteenalan varhaisemmalle kehitykselle (Castiglioni 1975, 16 & 31–33, Vuorinen 2010, 54–64).

Mesopotamian terveydenhuollosta ja lääketieteestä on todisteita Hamurabin laissa, joka on säilynyt vuodelta 1760 eaa., siinä kirjoitetaan muun muassa lääkäriä odottavista rangaistuksista kirurgisen toimenpiteen epäonnistuessa (Vuorinen 2010, 55). Jo varhaisessa vaiheessa oli siten pohdittu ja turvattu potilaan asemaa. Egyptin lääkäreistä



on jäänyt yllättävän paljon tietoa, lääketiede ja sen harjoittajat olivat tärkeässä asemassa faaraoiden hoveissa. Kuuluisin egyptiläinen lääkäri, Imhotep, eli noin 2600 eaa. ja hänet korotettiin myöhemmin lääketieteen jumalaksi (Vuorinen 2010, 56). Kreikkalainen historioitsija Herodotus (n. 484–425 eaa.) on kirjoittanut egyptiläisistä lääkäreistä, kuinka jo silloin oli tietyn alan erikoislääkäreitä: ”Lääketaito on heillä täten jaettuna: jokainen on yhden taudin lääkäri eikä useampien. Joka paikka on täynnään lääkäreitä. Toiset ovat silmälääkäreitä, toiset pää-, toiset hammas-, toiset vatsalääkäreitä ja vielä toiset ovat näkymättömiä tauteja varten.” (Herodotus; tässä suomennos Vuorinen 2010, 56, katso myös Herodotus Histories 1996, 149).

Antiikin Kreikan lääketieteestä on säilynyt, ja toisaalta löydetty, paljon enemmän tietoa kuin huomattavasti kaukaisemman ajan Mesopotamiasta ja Egyptistä (Vuorinen 2010, 67–72). Hippokratesta pidetään länsimaalaisen lääketieteen ”isänä”, henkilönä hänestä tiedetään kuitenkin melko vähän. Hippokrates eli tiettävästi Kosin saarella noin 400 eaa. toimien lääkärinä ja opettaen myös taitojaan oppilaille. (Forsius 2001, 17, Pelkonen 2004, 87–89, Vuorinen 2010, 75–76 & 91.) Loogiset päättelyt ja eettiset säännöt erottivat ”lääkärit” muista sen ajan parantajista. Vähitellen muodostettiin myös ”lääkärikouluja”, joissa tietoa jaettiin oppilaille ja lääkärintoimi ammattina vahvistui. (Solin 2004, 41–51, Vuorinen 2010, 75–76 & 91–94.) Toinen hyvin kuuluisa länsimaisen lääketieteen edustaja on Galenos (130–200 jaa.), joka toimi lääkärinä antiikin ajan Roomassa. Hänen kirjoituksistaan on saatu tietoa myös edeltäneistä lääkäreistä ja lääketieteen kehityksestä. (Forsius 2001, 25–26.)

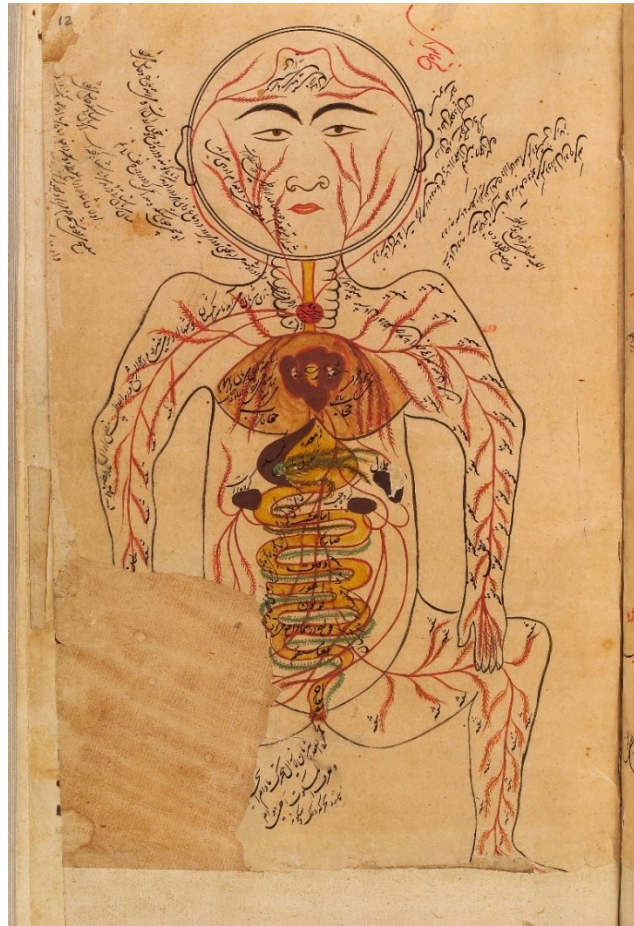
### **2.1.2 Lähi-idän vaikutus länsimaisen lääketieteen kehitykseen**

Arabit valloittivat suuria Välimeren ja Lähi-idän alueita noin 600 jaa. säilyttäen kuitenkin antiikin lääketieteen perinteet (Lyons 2009, 56–57). Arabit keräsivät ja käänättivät eri kielisiä lääketieteellisiä (ja muiden tieteenalojen) tekstejä, mutta suhtautuivat niihin kriittisesti ja parantelivat sekä ”jatkojalostivat” niitä kehittämällä näin tiedettä eteenpäin (Lyons 2009, 59–77, Vuorinen 2010, 164–165). Esimerkiksi Bagdadiin perustettiin ”viisauden talo”, joka toimi eräänlaisena tiedekeskuksena (Lyons 2009, 63, Korpela 2015, 186). Siellä oppineet ja sen ajan tutkijat toimivat ylhäisön tuella, sinne

kerättiin laaja kokoelma eri alojen kirjallisuutta. Keskeisiä tieteenaloja olivat lääketiede, astronomia, matematiikka ja maantiede sekä filosofia. Lääketiede kehittyi eteenpäin monin eri tavoin, ja siltä ajalta on jäänyt elämään tieto useista kuuluisista lääkäreistä. (Lyons 2009, 63–77, Vuorinen 2010, 164, Korpela 2015, 186.)

Persialaisilla tieteilijöillä ja lääkäreillä oli suuri merkitys ja vaikutusvalta 600 jaa. Arabien valloittaessa Persian 600-luvun puolivälissä lääketieteellinen tietotaito siirtyi osaksi arabialais-islamilaista kulttuuria. Tämän seurauksena myös kirjoituskieli muuttui arabiaksi, joka siihen aikaan oli yksi tieteen valtakielistä. Persialainen kulttuuri, lääketiede mukaan lukien, levisi Euroopan lisäksi itään päin, Pohjois-Intiaan ja Keski-Aasiaan. Historiankirjoissa mainitaan jopa nimeltä persialaisia lääkärisukuja, jotka olivat kehittämässä sekä kirjoittamassa ja kokoamassa lääketieteellistä tietoa, sisältäen erilaisten yrttien parantavista vaikutuksista ja lääkeyhdistelmistä optiikkaan sekä eri sairauksien oirekuviin. (Hämeen-Anttila 2006, 52–56, Lyons 2009, 55–77.) Yksi kuuluisimmista lääkäreistä oli persialainen Ibn Sina (980–1037), läntisessä maailmassa paremmin tunnettu nimellä Avicenna. Hän oli lääkäri, mutta myös matemaatikko, filosofi ja teologi. Tämä oli ajankuvalle tyypillistä: intellektuellit tieteilijät eivät olleet vain yhden tieteenalan osaajia, vaan ”poikkitieteellisiä” osaajia ja tutkijoita. (Castiglioni 1975, 270–273, Lyons 2009, 176–179.)

Myöhemmin läntisessä maailmassa Ibn Sinaa on pidetty arabina, koska hän kirjoitti arabiaksi. Kuten jo aiemmin mainittu, arabian kieli toimi kuitenkin tuohon aikaan yhtenä tieteen valtakielenä, joten tieteilijät ja oppineet käyttivät arabiaa saadakseen ”tieteellistä uskottavuutta” ja välittääkseen tietoa eteenpäin. Ibn Sina kirjoitti massiivisen lääketieteellisen teoksen nimeltä *Kaanon* (kuva 1), jota luettiin vielä satoja vuosia myöhemmin, ainakin 1600-luvulle asti, Euroopan yliopistoissa. (Hämeen-Anttila 2006, 56, Lyons 2009, 86.) Teoksesta tuli kuuluisa kautta idän ja lännen; Ibn Sinan lääketieteen filosofiaa pidetään yhä tänä päivänä keskeisenä määrittelijänä, ei ainoastaan lääketieteen kehitykselle, vaan koko lääketieteen ja ihmisyyden ymmärtämiselle. (Castiglioni 1975, 270–273, Hämeen-Anttila 2006, 56, Lyons 2009, 176–179, Korpela 2015, 202–203.)



**Kuva 1.** Sisäelinten kuvaus Avicennan teoksesta Kaanon. (Wellcome Collections, CC BY 4.0.)

Sairaalat kehittyivät myös Persiasta, missä köyhiä hoidettiin perinteisesti hyväntekeväisyytenä. Arabit seurasivat esimerkkiä, ja hurskaasta tavasta hoitaa vähäosaisia tuli myös mahdollisuus kehittää lääketiedettä. (Hämeen-Anttila 2006, 56). Persialais-arabialaiset sairaalat olivat hyvin kehittyneitä: siellä oli omia erikoisalaosastoja, säännöllisiä lääkärinkiertoja, vähävaraisten ilmaista hoitoa ja ”humaania” psyykesairauksien hoitoa (Lyons 2009, 86). Sairaalat rantautuivat vähitellen myös Eurooppaan ja näin lääketieteen kehittyminen lähti etenemään. Teoreettisen opiskelun rinnalle tuli käytännönharjoittelu. Lisäksi sairaaloiden ja parantoloiden rakennuttaminen ja kehittyminen mahdollistivat aivan eritasoisen ja paljon tasa-arvoisemman sairaiden hoidon. Aiemmin köyhät olivat usein jääneet täysin ilman hoitoa, mutta sairaalat tarjosivat sitä yhä laajemmalle väestöosalle. (Castiglioni 1975, 282–283, Hämeen-Anttila 2006, 52–57, Lyons 2009, 86, Vuorinen 2010, 166–167.)

Sairaaloiden lisäksi lääketieteen kehitystä edesauttoi tieteenalan koulutuksen yhtenäistäminen ja yliopisto-opetuksen syntyminen. Lähi-idässä panostettiin lääkkeiden kehittelyyn ja optiikan sekä kirurgian osaamiseen, oppia haluttiin jakaa ja viedä eteenpäin. Muun muassa Bagdadiin, Damaskokseen ja Kairoon perustettiin lääketieteelliset koulut. Arabit olivat valloittaneet eteläisen Espanjan, joten myös Córdobaan perustettiin arabialainen lääketieteen koulu. Näissä kouluissa Ibn Sinan Kaanon toimi perusoppikirjana yhdessä Galenoksen ja Hippokrateen tekstien kanssa. Myöhemmin sen käyttö oppikirjana levisi muualle Eurooppaan, ja länsimaiset tieteilijät alkoivat 1100-luvulla kääntää muitakin arabiankielisiä lääketieteeseen ja muihin tieteenaloihin liittyvää kirjallisuutta latinaksi. (Castiglioni 1975, 282–287, Lyons 2009, 63–66 & 86, Vuorinen 2010, 166–167.)

### **2.1.3 Euroopan lääketieteen nousu**

Samaan aikaan kun filosofia ja tieteet, erityisesti lääketiede, kukoistivat ja kehittyivät Lähi-idän alueella, Euroopassa oli käynnissä taantumuksellinen aikakausi. Länsimainen lääketiede perustui tuohon aikaan lähinnä taikauskoon ja noituuteen, kun taas Lähi-idässä lääketiede pyrki loogisuuteen ja järkiperäisyyteen: kirurgia, farmakologia ja epidemiologia olivat keskeisiä osa-alueita. Islamilaiseen kulttuuriin liittyi myös vahvasti puhtaus ja hygienia, mitkä eivät 1000-luvun Euroopassa olleet kovin korkealla sijalla ihmisten arjessa. Kirkon organisoituminen ja vahvistuminen 900 jaa. sai aikaan kiinnostuksen uudelleen viriämisen tieteitä kohtaan lännessä. Kirkon johto vieraili Lähi-idän tieteen keskuksissa tuoden oppeja sieltä länteen, muun muassa arabialaisen numerojärjestelmän ja paljon lääketieteellistä kirjallisuutta, joka käännettiin latinaksi. (Castiglioni 1975, 282–287, Lyons 2009, 58–65 & 86, Vuorinen 2010, 181–182, Korpela 2015, 208.)

Keskiajalla, 1200-luvulta lähtien, eurooppalaisissa yliopistoissa lääketieteen opetus jaettiin kahteen osa-alueeseen, teoriaan ja harjoitteluun. Tämä käytännöllinen jako perustui juuri Ibn Sinan Kaanoniin ja muihin arabialaisiin lääketieteen teoksiin. Teoria sisälsi lääketieteellistä fysiologiaa ja patologiaa, mutta myös filosofiaa. Filosofian osuus juonsi juurensa arabeihin ja vielä kauemmaksi Aristoteleeseen. (Joutsivuo 1999, 21–22).

Myöhemmin, 1400–1500 -luvuilla, nousi kuitenkin vastarinta arabialaisten oppeja kohtaan, tuli muodikkaaksi palata ”juurilleen” kreikkalaisten filosofien oppien äärelle. Näin alkoi tietoinen itäisten lääketieteilijöiden ja heidän teostensa arvostelu sekä mustamaalaus samalla kun vanhoja kreikkalaisia nimiä nostettiin esille ainoina oikeina lääkäreinä ja filosofeina. Unohtui, että arabialaisten ja persialaisten tieteilijöiden ansiosta kreikkalaisetkin tekstit olivat säilyneet. Tilannetta edesauttoi se, että arabialaisten tieteenharjoitus oli alkanut taantua. Vähitellen Italian Salernon ja myöhemmin Bolognan yliopistoista tuli keskeisiä lääketieteen opetuspaikkoja. (Castiglioni 1975, 299–333, Vuorinen 2010, 181–184, Korpela 2015, 206–216.)

1600-luvulla Ibn Sinan Kaanon jäi taka-alalle. Galenos (kuva 2) nostettiin lääketieteen kyseenalaistamattomaksi auktoriteetiksi ja hänen kirjansa tulivat yleiseen käyttöön lääketieteen opetuksessa. Toisaalta tämä johti siihen, että myös virheet alkoivat paljastua tekstien ollessa yleisessä käytössä, minkä seurauksena 1500–1600 -luvuilla kritiikki Galenosta kohtaan kasvoi. Salernon lääketieteellinen yliopisto kuihtui vähitellen pois, mutta sen maine jäi elämään ensimmäisenä hyvin organisoituna lääketieteen oppilaitoksena Euroopassa. Yliopistoja syntyi ympäri Eurooppaa ja italialaisten rinnalle nousivat vähitellen myös ranskalaiset ja englantilaiset oppilaitokset. (Forsius 2001, 25–27, Vuorinen 2010, 181–184, Korpela 2015, 213–214 & 283–284.) Euroopan teollistumisen myötä lääketieteen kehitys lähti huimaan nousuun 1800-luvulla, ja 1900-luvulla keksittiin kiihtyvässä tahdissa uusia tutkimusmenetelmiä sekä hoitokeinoja, mitkä toivat länsimaisen lääketieteen vähitellen nykyiselle tietopohjalle (Vuorinen 2010, s221–281).





**Kuva 2.** Hippokrates ja Galenos, kaksi länsimaisen lääketieteen suurta nimeä, kohtaavat taiteilijan kuvitelmassa. Fresko 1200-luvulta, Anagni, Italia. (Kuva: Nina Aldin Thune 2011, Creative Commons.)

### 2.1.4 Suomalaisen lääketieteen kehitys

Keskiajalla Suomi oli osa Ruotsia, eikä Suomen alkuvaiheen lääketieteen kehityksestä ole juurikaan tietoa (Forsius 2001, 185). Sairauskäsitykset ja hoidot perustuivat pitkälti kansanparantajien tietoon ja taitoon (kuva 3), joka oli kulkeutunut suullisena perintönä ja käytännön kautta oppimisena parantajalta toiselle (Tuovinen 1984, 9, Halmesvirta 1998, 49–56). Varhaisimmat Ruotsin valtakunnan tunnetut lääkärit elivät 1300-luvulla, kyseessä olivat kaupungin ja hovin lääkärit, eikä yleensä muilla kuin hoviin kuuluvilla ollut mahdollisuutta lääkärin antamaan hoitoon. 1500-luvulla kuningas Kustaa Vaasa lähetti miehiä opiskelemaan lääketiedettä Eurooppaan ja velvoitti heidät tulemaan takaisin Ruotsiin lääkäreiksi, tuolta ajalta ovat myös ensimmäiset painetut ruotsinkieliset lääketieteen teokset. Saksalainen Johan Copp, joka eli 1500-luvun puolivälissä Turun linnassa Juhana-herttuan hovin lääkärinä, oli tiettävästi ensimmäinen Suomessa asunut lääkäri. (Forsius 2001, 185–186.)



**Kuva 3.** Suomi oli pitkään kansanparantajien maa. Kuvassa isketään suonta. (Kuva: Samuli Paulaharju 1921, kansantieteen kuvakokoelma, Museovirasto.)

Mikael Agricolan kirjoittamassa *Rucouskiriassa*, joka painettiin Tukholmassa 1544, on ensimmäiset suomeksi julkaistut lääketieteelliset tekstit, jotka perustuivat keskieurooppalaisten lääkäreiden kirjoitelmiin. Nämä Agricolan kokoamat terveyteen liittyvät tekstit sisälsivät muun muassa ohjeita ravinnosta, lääkkeistä, saunomisesta ja kuppauksesta. (Forsius 2001, 187–188.) Suomen ensimmäinen yliopisto, Turun akatemia (kuva 4), perustettiin vuonna 1640 (Tommila 2000, 20). Vuodesta 1641 siellä pystyi opiskelemaan lääketiedettä luonnontieteiden ohella, mutta vasta 1740-luvulla mahdollistui valmistuminen lääkäriksi. Ennen sitä Suomessa asuvat harvat lääkärit olivat Keski-Euroopan lääkärikouluista valmistuneita ruotsalaisia. (Forsius 2001, 189.)

Suomen lääketieteen isänä pidetään vuonna 1725 syntynyttä Johan Haartmania, joka oli ensimmäinen suomalaissyntyinen lääketieteen professori sekä piiri- ja sairaalalääkäri. Hän opiskeli lääkäriksi 1700-luvun puolivälissä Upsalassa valmistuen lääketieteen

tohtoriksi 1754. Haartman julkaisi Suomen ensimmäisen lääkärikirjan 1759 ja toimi lääkärinä samana vuonna avatussa Suomen ensimmäisessä lääninsairaalassa Turussa. (Forsius 2001, 206–207.) Suomen sodan jälkeen, vuonna 1811, Turkuun perustettiin ensimmäinen opetussairaala, *Collegium medicum*. 1800-luvun aikana lääketiede kehittyi huomattavasti Suomessa, luonnontieteellinen ajattelumalli sai tilaa perinteisten antiikin ajan käsityksiin perustuvien oppien rinnalla (Tommila 2000, 504–505). Historiankirjat vilisevät toinen toistaan kuuluisimpien lääkäreiden nimiä Elias Lönnrotista (1802–1884) aina Arvo Ylppöön (1887–1992) saakka (Forsius 2001, 230–276). 1800- ja 1900-luvun vaihdetta kutsutaankin suomalaisen lääketieteen kulta-ajaksi, muillakin tieteen saroilla edettiin harppauksin. Kansainvälistyminen mahdollisti suomalaisten lääkäreiden opintomatkat Eurooppaan ja sitä kautta uusien lääketieteen virtausten rantautumisen myös Suomeen. (Tommila 2000, 515.)



**Kuva 4.** Turun akademia, Suomen ensimmäinen yliopisto. (Kuva: Reiberg Johan Jakob 1853, historian kuvakokoelma, Museovirasto.)



1800-luvulla naisilla ei vielä ollut yleistä oikeutta opiskella yliopistoissa, mutta lääkäriksi haluavat naiset saivat vuodesta 1871 oikeuden opiskella lääketiedettä olematta virallisesti kirjoilla lääketieteellisessä tiedekunnassa. Rosina Heikel (1842–1929, kuva 5) oli ensimmäinen naislääkäri Suomessa ja Pohjoismaissa. Hän eteni päättäväisesti opinnoissaan, vaikka sukupuolensa vuoksi joutui usein hankalaan asemaan, esimerkiksi ottamaan yksityisopetusta ja tenttimään yksityisesti. Heikel valmistui lääketieteen lisensiaatiksi vuonna 1878 ensimmäisenä naisena Pohjoismaissa. Sukupuolensa vuoksi hän ei kuitenkaan saanut laillistetun lääkärin asemaa, ainoastaan rajoitetun toimiluvan, ei myöskään lupaa Suomen Lääkäriseuran jäsenyyteen. Heikel ei kuitenkaan antanut lannistaa itseään, vaan toimi lääkärinä muun muassa Vaasassa, jossa kaupungin asukkaiden ehdotuksesta vuonna 1882 esitettiin naispuolisen kaupunginlääkärin viran perustamista; kaupunginvaltuusto ei hyväksynyt esitystä. Vuonna 1883 Heikel sai eräänlaisen tunnustuksen uurastuksestaan, kun hänet kutsuttiin erityisesti perustettuun naispuolisen aluelääkärin virkaan Helsinkiin. Rosina Heikel piti Helsingissä yksityisvastaanottoa vuoteen 1906 ja laaja potilaspiiri arvosti häntä suuresti. (Forsius 2001, 245–247.)

Karolina Eskelin (1867–1936) oli puolestaan ensimmäinen Suomessa väitellyt nainen ja toinen suomalainen naislääkäri Heikelin jälkeen. Eskelin valmistui lääketieteen lisensiaatiksi vuonna 1896 ja samana vuonna lääketieteen ja kirurgian tohtoriksi kirurgian erikoisalaan kuuluvalla väitöskirjallaan. Hän toimi lääkärinä Tampereella ja Helsingissä sekä lyhyen aikaa Yhdysvalloissa 1900-luvun alussa. Eskelin perusti oman sairaalan Tampereelle vuonna 1899 ja 1907 Helsinkiin yhdessä toisen kirurgin kanssa. Hän oli myös aktiivinen kirjoittaja ja oman aikansa tiedeviestijä, valistuskirjoitusten ja suurelle yleisölle kohdistettujen lääketieteellisten kirjojen kirjoittaja. Eskelin kirjoitti aktiivisesti valmistumisestaan lähtien viimeisiin elinvuosiinsa saakka. *Kotilieden Lääkärikirja* oli yksi kuuluisimmista suurelle yleisölle tarkoitetuista lääketieteellisistä teoksista, jonka toimittamisessa ja kirjoittamisessa Eskelin oli keskeisesti mukana. Sen 1. painos ilmestyi vuonna 1929. (Forsius 2001, 264–266.)



**Kuva 5.** Rosina Heikel, Suomen ja Pohjoismaiden ensimmäinen naislääkäri. (Kuva: 1860-luvun puoliväli, historian kuvakokoelma, Museovirasto.)

Suomen itsenäistyminen sattui eurooppalaisen lääketieteen suvantovaiheeseen, kultakausi oli päättynyt ensimmäiseen maailmansotaan. Lääketieteen näkökulmasta Suomi oli kansanterveydellisesti niin sanottu kehitysmaa. (Tommila 2000, 544.) 1900-luvun alkupuoliskolla Suomen tautikirjo oli vielä hyvin laaja, esimerkiksi lepra ja malaria olivat Suomessakin yleisiä (Tommila 2000, 561). Toisen maailmansodan jälkeen tilanne muuttui nopeaan tahtiin, monia sairauksia ei enää tavattu Suomessa hygienian ja hoitokäytäntöjen edistyessä vauhdilla. Kansantaudeista, sydän- ja verisuonisairauksista sekä diabeteksestä, tultiin tietoisiksi melko myöhään, esimerkiksi ensimmäinen elävällä

potilaalla diagnosoitu sydäninfarkti on kirjattu Suomessa vasta vuonna 1930. (Tommila 2000, 561–562.)

1900-luvun jälkipuoliskolla kehitys oli nopeaa, siihen vaikuttivat muun muassa kansainvälistyminen ja sen myötä tiedon lisääntyminen sekä uusien hoitojen käyttöönotto. Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan (kuva 6) lisäksi perustettiin neljä uutta alan tiedekuntaa, Turkuun vuonna 1943, Ouluun 1958 ja Kuopioon sekä Tampereelle 1972. Tutkimukseen panostettiin, ja lääketieteellisiä tutkimuslaitoksia avattiin, kansanterveystieteen tutkimukseen suunnattiin rahoitusta. (Tommila 2000, 574–575 & 582.) Yksi kuuluisimmista tutkimusprojekteista lienee Pohjois-Karjala projekti, jonka tarkoituksena oli tutkia elämäntapamuutosten vaikutusta sydän- ja verisuonitautien ilmaantuvuuteen. Kampanjoilla ja tiedottamisella, kansalle tieteestä viestimällä, saatiin sydäntautikuolleisuus laskuun. Työikäisillä miehillä kuolleisuuden arvioitiin laskeneen peräti 75 %. (Tommila 2000, 588.) Projektia pidetään edelleen malliesimerkkinä tiedeviestinnän onnistumisesta.



**Kuva 6.** Lääketieteellisen tiedekunnan laboratorio, Helsingin yliopisto. (Kuva: Pietinen 1937, historian kuvakokoelma, Museovirasto.)

## 2.2 Viestintää

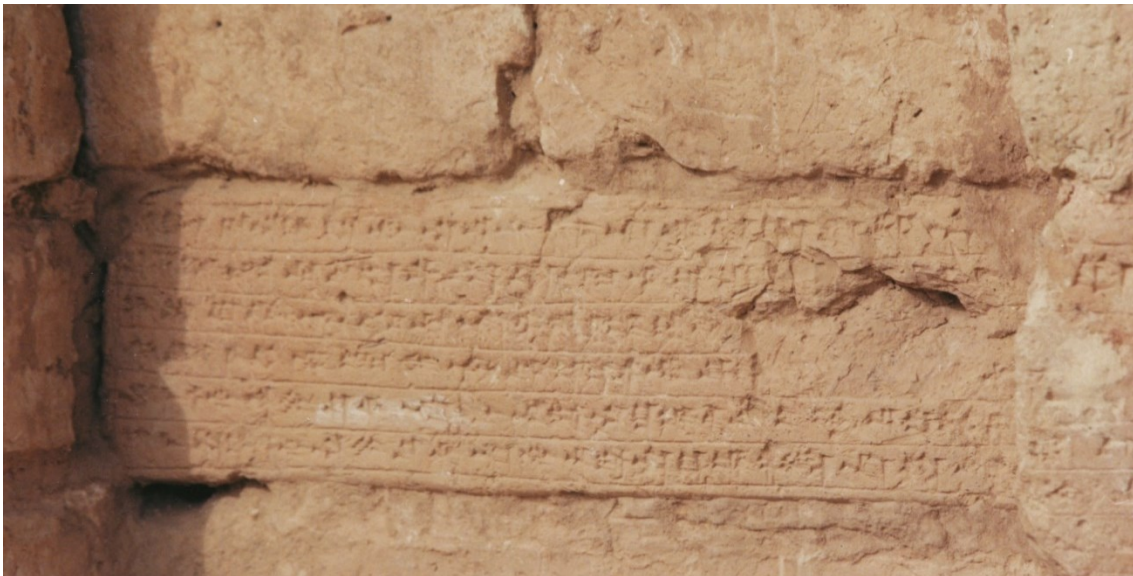
Jos sairauksia ja sairaiden hoitoa on ollut niin kauan kuin on ollut ihmisiäkin, niin on ollut myös viestintää ihmisten välillä. Viestintä voidaan yksinkertaisimmillaan nähdä sanomien vaihdantana lähettäjän ja vastaanottajan välillä, yksi lähettää ja toinen vastaanottaa tarkoituksena siirtää sisältöä (Kunelius 2003, 10). Viestintä onkin historiallisesti määritelty kommunikaatioksi, yhteiseksi tekemiseksi tiedon siirron kautta (Karvonen ym. 2014, 48). Kykyä viestiä, lähettää ja vastaanottaa, ilmaista ja ymmärtää, on pidetty ihmislajille ominaisena piirteenä, evolutiivisena kilpailuetuna, joka on mahdollistanut ihmisen nousun hallitsevaksi lajiksi maapallolla (Facan 2001, 67–70). Sisällön siirron kannalta myös välineillä on merkitystä. Viestinnän lähimenneisyydestä keskusteltaessa nostetaan usein esille muutama suuri käännekohta, jotka kulminoituvat kirjoitustaitoon, kirjapainotaitoon ja sähköisen viestinnän aikakauteen (Kunelius 2003, 31).

### 2.2.1 Kautta aikojen on viestitty

Ennen kieltä ja kirjoitusta täytyi kehittyä ihmisen esi-isien anatomia: Homo erectusin (1,9 miljoonaa vuotta sitten) aivojen suurempi koko ja Broca- eli puhealueen muotoutuminen (Facan 2001, 78 & 96), myöhemmin Homo sapiensin (400 000–200 000 vuotta sitten) kurkun rakenteen kehittyminen sopivaksi erilaisten äänteiden muodostamiseksi (Facan 2001, 68, 96 & 107, Korpela 2015, 36). Nämä evolutiiviset kilpailuvaltit yhdessä sosiaalisen organisoitumisen eli yhteisöjen muodostumisen kanssa johtivat vähitellen puheen ja myöhemmin kielten syntyyn (Facan 68–70, Korpela 2015, 36). Korpela (2015, 36) pohtii kielten merkitystä tiedon siirrossa: ”Ne mahdollistivat monimutkaisten asioiden ja ilmiöiden käsitteellistämisen eli yksityistapausten käsittelyn yleisinä ja siten tiedon siirron.” Kielien synty nosti ihmisen erityisasemaan verrattuna muihin lajeihin, kyky käsitteellistää muokkasi ihmislajin ihmiseksi (Gadamer 2004, 79–81).

Ensimmäiset todisteet kirjoitustaidon vähittäisestä kehittämisestä ovat Lähi-idästä Mesopotamian alueelta, reilun 5000 vuoden takaa, jolloin sumerilaiset ottivat käyttöön merkkikirjoituksen (kuva 7), jota seurasi nuolenpääkirjoitus (Facan 2001, 398–400,

Suomen kansalliskirjasto 2003). Egyptiläisten hieroglyfit kehittivät kirjoitustaitoa entisestään (Facan 2001, 418). Varsinaiset aakkoset on todennäköisesti keksitty noin 4000 vuotta sitten Lähi-idässä, mistä ne levisivät eri puolille muovautuen matkan varrella (Kortti 2016, 46). Lähi-idän ja Egyptin suurvaltojen kautta kaupunkikulttuuri levisi vähitellen koko Välimeren alueelle, suuri merkitys oli Persian valtakunnalla (noin 550–330 eaa.), joka yhdisti kulttuureja Intiasta Välimerelle saakka luoden hybridikulttuurin (Korpela 2015, 45–47 & 72). Kreikkalainen kulttuuri, antiikin aika, ajoitetaan alkaneeksi noin 500–700 eaa., jolloin Homeroksen *Ilias* ja *Odyseia* eepokset kirjoitettiin (Korpela 2015, 62). Rooman kaupunki muodostui noin 600 eaa. Sen varhaisvaiheista ei ole säilynyt juurikaan tietoa ja tutkijat muistuttavat, että tarustoja on liitetty siihen jälkikäteen (Korpela 2015, 51).



**Kuva 7.** Elamilaista nuolenpääkirjoitusta noin 1300 eaa., Chogha Zanbil, Iran. (Kuva: Mirette Modarress 1997.)

Kreikkalaisella sekä roomalaisella kirjallisuudella ja kulttuurilla on ollut keskeinen merkitys länsimaalaisen kulttuurin ja ajattelutavan muotoutumisessa (Korpela 2015, 98). Antiikin aikaan oraallinen eli puheviestintä oli vallassa. Suuret filosofit, joiden nimet ja opit ovat säilyneet tähän päivään saakka, uskoivat dialektiikkaan ja retoriikkaan. Esimerkiksi Platon on todennut kirjoituksen tuhoavan muistin. (Kortti 2016, 40.) Silti antiikin ajalta aina keskiajalle saakka vallitsi kirografinen eli kirjoituksen kulttuuri. Kirjoitustaito oli kuitenkin harvojen hallussa ja sen vuoksi se toimi myös vallan

välineenä. (Kortti 2016, 48.) Kirkon merkitys tiedon kerääjänä, säilyttäjänä ja jakajana korostui 900-luvulta lähtien Euroopassa (Korpela 2015, 208). 1200-luvulla filosofit kuitenkin organisoituivat ja loivat kirkon ulkopuolisia tiedeyhteisöjä, ensimmäiset Euroopan yliopistot olivat syntyneet (Korpela 2015, 212–213). Länsieurooppalainen yliopistojärjestelmä muovautui vapaan tiedon ympärille tarkoituksenaan pysytellä uskonnon ja politiikan ulkopuolella Korpela (2015, 213) toteaa.

Euroopassa kirjapainotaito kehitettiin 1400-luvun jälkipuoliskolla, mikä johti yhteiskunnan ja viestinnän modernisaatioon, uudistumiseen (Kortti 2016, 51). On kuitenkin muistettava, että painotekniikka oli jo syntynyt huomattavasti aiemmin Kiinassa ja Japanissa noin 600-luvulla (Kortti 2016, 52–53). 1300-luvulla Reininmaalla eli nykyisessä Saksassa syntynyt kultaseppä Gutenberg keksi vuonna 1447 nopean painomenetelmän, joka levisi ympäri Eurooppaa ja sitä käytettiin peräti 1960-luvulle saakka (Kortti 2016, 53–55). Painetut kirjat yleistyivät 1500-luvulla; kirkon monopoliasema tiedon, ja sitä kautta vallan, haltijana heikkeni vähitellen luku- ja kirjoitustaidon yleistyessä (Kortti 2016, 57). Kirjapainotaidolla oli myös suuri merkitys tieteen kehityksen kannalta 1500–1700 -luvun Euroopassa. Lääketieteen kannalta se esimerkiksi mahdollisti aivan eritasoisen anatomian tarkastelun ja opettamisen painettujen taulujen avulla. (Kortti 2016, 59–61.) Myös sanomalehdistön kehittyminen aiemmista uutiskirjeistä vaikutti viestintään suuresti (Kortti 2016, 67–76).

Koulujärjestelmän kehittyminen 1800-luvulla mahdollisti luku- ja kirjoitustaidon leviämisen entistä laajemmin ihmisten keskuudessa (Kortti 2016, 64). Lennätin keksiminen 1800-luvulla ja radiotoiminta 1900-luvulla siirsivät puolestaan maailman sähköisen joukkoviestinnän aikakaudelle muuttaen samalla täysin ajan ja etäisyyden merkityksen viestinnässä (Kunelius 2003, 44–47). Tiede pystyi taas etenemään harppauksin, koska tutkijat saivat ennen kokemattoman nopean ja tehokkaan tavan jakaa ja vertailla uusia tutkimustuloksiaan (Kortti 2016, 105–115). Syntyi käsite ”maailmankylä” kuvaamaan maailman pienenemistä ajan ja paikan käsityksen muututtua lopullisesti television ja massamedian kehityksen seurauksena sekä 1990-luvulta lähtien digitaalisten maailmanlaajuisten tietoverkkojen myötä (Kortti 2016, 237–239).

2000-luvulle siirryttäessä digitalisoituminen on ollut päivän sana aiheessa kuin aiheessa, viestintä on mullistunut jälleen kerran. Kunelius (2003, 50–51) toteaa: ”Internet onkin monien haaveissa kuin kaikille avoin ennennäkemätön valtava kirjasto... Enää ei välttämättä olekaan niin, että lähettäjältä (suuresta instituutiosta) kuluttajalle johtaa yksi (ja useimmiten yksisuuntainen) kanava.” Digitalisoituneen viestinnän aikakauden ongelmista Kunelius (2003, 52) nostaa esiin yhden varsin keskeisen ja mielenkiintoisen aiheen, luotettavuuden. Verkkomaailmassa viestien alkuperä ei koskaan ole täysin selvä siten ei myöskään tarkoitusperä, viestintärakennetta on hyvin vaikeaa kontrolloida ja valvoa (Kunelius 2003, 52). Tästä aiheesta on viime aikoina käyty paljon keskustelua erityisesti terveysviestinnän saralla. (Katso myös Karvonen ym. 2014, 158.)

## 2.2.2 Tieteestä viestimisen historiaa

Tiedeviestinnän voidaan nähdä sisältävän niin tieteentekijöiden keskinäisen viestinnän kuin suurelle yleisölle tarkoitetun yleistajuistettun viestinnän. Toisaalta tämä jako on keinotekoinen jo sen vuoksi, että suuri yleisö on hyvin heterogeeninen joukko. (Karvonen ym. 2014, 48–49.) Kun saman tieteenalan edustajat keskustelevat keskenään, käytetään termiä intraspecialistinen viestintä, suurelle yleisölle tarkoitettua tiedeviestintää voidaan kutsua populaariseksi tiedeviestinnäksi (Karvonen ym. 2014, 49 & 168–169). Yksilöiden välistä viestintää eli keskinäisviestintää kutsutaan puolestaan interpersoonalliseksi viestinnäksi (Torkkola 2008, 43 & 85). Karvonen ym. (2014, 50–51) kirjoittavat tiedonjakamisen merkityksestä:

*Ihmisen menestystarina perustuu muita lajeja tavattomasti edistyneempään kykyyn jakaa joidenkin yksilöiden oppimat ja tietämät asiat aikalaisyhteisön ja jälkipolvien käytettäväksi. Tätä tietojen ja taitojen kerryttämistä voi sanoa kulttuurievoluutioksi, erotukseksi hitaasta geneettisestä evoluutiosta, jossa siirtyvät vain perintötekijöiden muutokset. Tieteellinen viestintä on yksi tiedon jakamisen ja kulttuurievoluution ilmentymä. (Karvonen ym. 2014, 50–51.)*

Kuten jo aiemmin käyty läpi, vanhoissa sivilisaatioissa tiede oli yleensä vain papiston ja parantajien ulottuvilla. Kirjoitustaidon levitessä oraalisesta kulttuurista siirryttiin tiedon tallentamiseen kirjoittamalla, vallalle pääsi kirografinen kulttuuri. Papisto ja parantajat,



lääkärit, kokosivat kirjoittamalla lääketieteellistä tietoa ja siten ylläpitivät ja jakoivat tietotaitoa omassa piirissään. Vähitellen syntyivät myös kirjastot ja lopulta yliopistot. Yliopistojen varhaisvaiheessa vallitsi käsitys, että totuutta ei saisi levittää kaikkien ihmisten saataville, se oli harvojen ja valittujen asiaan vihkiytyneiden välinen salaisuus. (Karvonen ym. 2014, 21–25.)

Kirjapainon (kuva 8) myötä kirkon monopoliasema tieteellisen tiedon tallentajana ja hallitsijana järkkäyi. Painettu sana alkoi levitä ihmisten keskuuteen ennennäkemättömällä vauhdilla ja sen seurauksena kehittyi myös kirkon ja kruunun sensuurin ulottumattomissa olevaa tietoa, tiedon renessanssin myötä uudenlaista tieteellistä kirjallisuutta. 1600-luvulla perustettiin akatemioita eli tieteellisiä seuroja, tieteakeskuksia, joissa harrastettiin modernia luonnontiedettä haastaen näin kirkon auktoriteettiasemaa tieteen saralla. 1700-luvulle tultaessa tiedeakatemioiden rooli muuttui käytännönläheisemmäksi ja tavallisia kansalaisia hyödyttävämmäksi, akatemit esimerkiksi jakoivat käytännön neuvoja maanviljelyyn liittyen. (Karvonen ym. 2014, 27–31.)



**Kuva 8.** Kirjapainotaito edesauttoi luku- ja kirjoitustaidon leviämistä tavallisen kansan keskuuteen. (Kuva: Artur Faltin, historian kuvakokoelma, Museovirasto.)



Tieteellisiä julkaisuja, lehtiä, edelsivät monografiat eli kirjat sekä tieteentekijöiden keskinäiset kirjeenvaihdot. Ensimmäinen tieteellinen aikakausijulkaisu syntyi juuri tällaisia kirjeitä painattamalla ja kokoamalla yhteen vuonna 1665 Isossa-Britanniassa. Samoihin aikoihin myös Ranskassa aloitti kaupallinen tieteellinen julkaisu. Näin lähti liikkeelle edelleenkin vallallaan oleva käytäntö julkaista uudet tutkimustulokset artikkelimuodossa oman tieteenalan lehdissä. Valistuksen aikakausi alkoi Euroopassa 1700-luvulla edistään kansalaisten osallistamista ja osallistumista tieteelliseen keskusteluun. (Karvonen ym. 2014, 33–37.) Yliopistojen kehitys jatkui vahvasti 1800-luvulla, tieteen ja tutkimuksen merkitys kasvoi entisestään. Viimeiset kaksisataa vuotta tiede on kehittynyt huimaa vauhtia, internetin ja digitalisoitumisen myötä myös tieteestä viestiminen on mullistunut. Perinteisten tieteellisten julkaisujen rinnalle on kehittynyt open access -julkaiseminen eli tiedeartikkelien julkaiseminen vapaasti verkossa. (Karvonen ym. 2014, 39–44.)

Kuuluisa tutkija Walter Ong on todennut, ettei yksikään keksintö ole muuttanut ihmistietoisuutta niin paljon kuin kirjoitustaito (Ong ym. 2017, 61–66). Kirjoitustaito on liittynyt kautta historian vallankäyttöön ja yhteisöjen hallintaan vahvistaen sekä ylläpitäen yhteiskunnallista eriarvoisuutta ja vallanjakoa. Puhetaito on ollut yhteisöissä kaikkien yhteinen kyky ja siten yhdistävä tekijä, mutta kirjoitustaito on ollut pitkään, ja on edelleen osittain, erottava tekijä, koska kaikilla ei ole ollut eikä ole mahdollisuutta sen oppimiseen ja hallitsemiseen. (Kunelius 2003, 32.) Kirjapainotaidon voi sen sijaan nähdä demokratisoivana, koska se mahdollisti kirjallisen aineiston leviämisen laajasti kaikkiin yhteiskuntaluokkiin; joukkoviestinnän aikakausi alkoi. Samanaikaisesti se kuitenkin korosti viestin lähettäjän asemaa ja sitä myös käytettiin vallankäytönvälineenä. Kunelius toteaa, että kirjapainotaito johti myös tietokäsityksen murrokseen, se mahdollisti periaatetasolla kaikille pääsyn saman tekstin ja sitä kautta tiedon äärelle. (Kunelius 2003, 37–38.)

Internetin myötä aiemmin ammattiryhmien ja tutkijoiden sekä tieteilijöiden hallussa ollut tieto on nyt julkista, kaikkien saatavilla olevaa, tai ainakin näin usein ajatellaan. Tosiasiassa tiedon saatavuuteen internetin kautta vaikuttaa moni asia kuten aineistojen maksullisuus, suljetut tietokannat ja medialukutaito. Sosiaalisen median aikakausi on

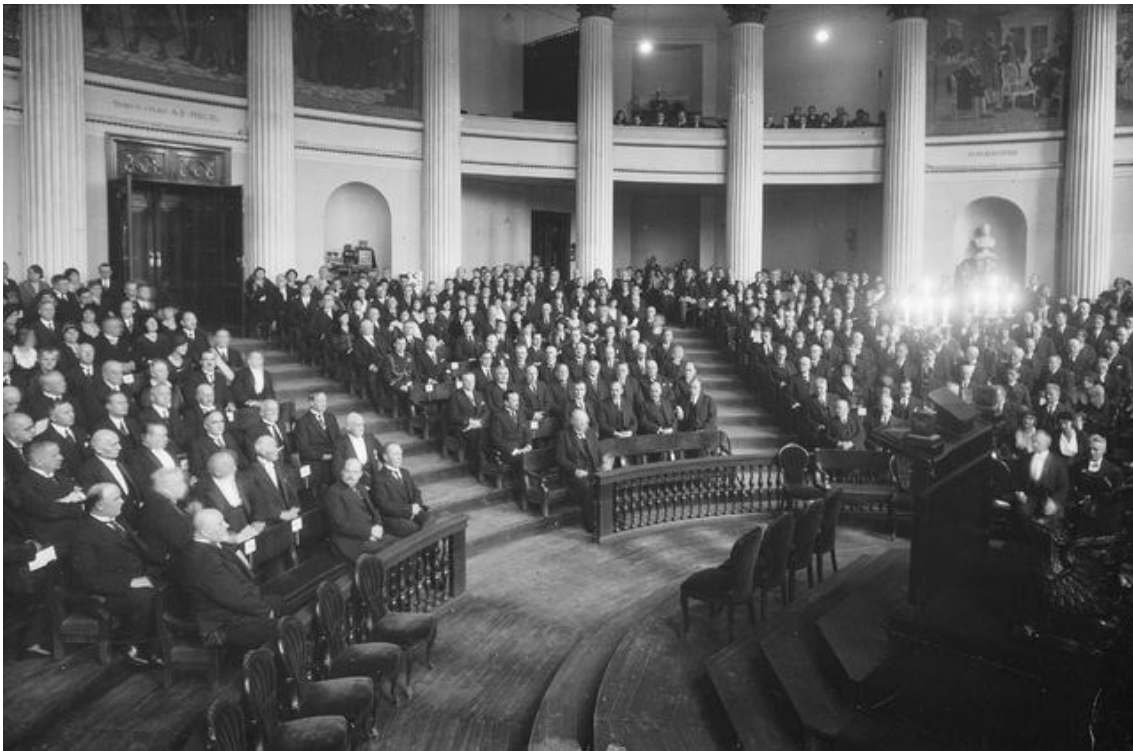
muuttanut viestintää entisestään. Yksisuuntainen tiedottaminen on muuttunut kaksisuuntaiseksi ja vuorovaikuttavaksi. Suurelle yleisölle ei enää riitä olla kuuntelijan/lukijan paikalla, he haluavat itse osallistua aktiivisesti viestintään, olla osa keskustelua ja vuoropuhelua. (Karvonen ym. 2014, 157–158, Kortti 2016, 279 & 303–308). Väliverronen (2016, 96) tuo asian esille myös suuremmassa mittakaavassa: ennen tieteen pyrkimys oli vaikuttaa yhteiskuntaan, nykyään myös yhteiskunta yrittää vaikuttaa tieteeseen. ”Tieteelle asetetaan yhä enemmän tavoitteita, joiden mukaan tutkimuksen on tuotettava erilaisia käytännöllisiä, ennen kaikkea taloudellisia hyötyjä. Näitä tavoitteita asettavat esimerkiksi valtio, erilaiset instituutiot ja EU. Ilmiö ei ole uusi, mutta se on voimistunut 2000-luvulla” pohtii Väliverronen (2016, 103).

### **2.2.3 Viestinnänmurros osana suomalaisen lääketieteen kehitystä**

Kansainvälistyminen ja informaatiotulva leimasivat 1900-luvun jälkipuoliskoa eikä se voinut olla vaikuttamatta lääketieteen kehitykseen. Toisen maailmansodan jälkeen suomalaisen lääketieteen kehitykseen vaikutti suuresti katseiden suuntautuminen Amerikkaan ja englanninkieliseen tieteestä viestimiseen. Aiemmin Suomi oli ollut hyvin Saksa ja Eurooppa keskeinen – lääketieteenkin saralla. Euroopan tieteenkukoistuksen aikakausi oli päättynyt maailmansotiin, ja Yhdysvallat sai mahdollisuuden kukoistaa. (Tommila 2000, 570–571.) Tieteen näkyvä markkinointi sai alkunsa 1900-luvun viimeisillä vuosikymmenillä Yhdysvalloissa, juurikin lääketieteellisen tutkimuksen parissa (Väliverronen 2016, 129).

Yhdysvaltojen edeltäkävijyyttä ja kukoistusta tieteen saralla 1900-luvun jälkipuoliskolla edisti siellä vallalla ollut ihanne demokratiasta ja mielipiteen vapaudesta; Euroopassa porvareiden muodostama eliitti oli sen sijaan muuttunut uudistuksia ajavasta voimasta konservatiiviseksi uudistuksia vastustavaksi vastavoimaksi (Kortti 2016, 161–162). Lisäksi moni tieteilijä oli paennut toista maailmansotaa Euroopasta Yhdysvaltoihin, josta löytyi rahoitusta ja työrauhaa uudelle tutkimukselle sekä tieteen tekemiselle. Niinpä tieteenkieli muuttui vähitellen saksasta englanniksi. Suomessa lääketieteelliset julkaisut ja väitöskirjat olivat olleet lähes poikkeuksetta saksankielisiä maailmansotiin asti. (Tommila 2000, 570–571.)

Kortti (2016, 161) toteaa: ”Vaikka lehdistön merkitys vaihteli maittain, viimeistään 1900-luvulle tultaessa länsimaissa sen merkitys oli suuri Suomen kaltaisia periferioita myöten.” Itsenäisen Suomen lääketieteen mainetta yritettiin nostattaa muun muassa Duodecim-seuran (kuva 9) uudella tieteellisellä julkaisusarjalla nimeltä *Acta Societatis Medicorum Fennicae Duodecim*. Se alkoi ilmestyä vuonna 1919 julkaisten lähinnä saksankielisiä suomalaislääkäreiden tutkimuksia. (Tommila 2000, 546–547.) Toisen maailmansodan jälkeen Duodecim-seuran oli reagoitava uusiin tuuliin, julkaisukieli muuttui saksasta englanniksi. Uudelle tutkija- ja lääkärisukupolvelle ei kuitenkaan enää riittänyt kotimaisissa foorumeissa julkaiseminen, vaan he siirtyivät vähitellen 1950-luvulla julkaisemaan kansainvälisissä englanninkielisissä julkaisusarjoissa. (Tommila 2000, 573–574.)



**Kuva 9.** Matti Äyräpää perusti Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin vuonna 1881 tarkoituksenaan edistää suomenkielistä terveysvalistusta tuolloin vielä vahvasti ruotsinkielisessä Suomessa (Ignatius 2006). Kuvassa Suomalainen Lääkäriseura Duodecim kokoontuneena Helsingin yliopiston juhlasaliin. (Kuva: Pietinen 1931, historian kuvakokoelma, Museovirasto.)

1980-luvulla Yhdysvalloissa keinosydämen siirrosta alkanut aggressiivinen ja tavoitteellinen tieteestä viestiminen aloitti uuden aikakauden tieteen markkinoinnissa osoittaen kuitenkin, ettei julkisuutta voi hallita. ”Maine ja näkyvyys tuovat mukanaan lisää julkista tarkkailua ja usein myös kritiikkiä” muistuttaa Väliverronen (2016, 129). Suomeen tiedemarkkinointi rantautui 1990-luvulla (Väliverronen 2016, 131) ja 2000-luvulla se on noussut uusiin ulottuvuuksiin internetin ja sosiaalisen median kautta. 1900-luvun lopusta tähän päivään saakka lääketiede ja terveys ovat nousseet tiedeviestinnän kestopuosikkiaiheiksi maailmalla, on puhuttu jopa tiedejournalismin medikalisoitumisesta eli lääketieteellisten aiheiden suuresta suosiosta ja määrystä verrattuna muihin tiedeaiheisiin (Väliverronen 2016, 76–79). Myös Suomessa on havaittu sama kehitys tutkittaessa uutismediaa: lääketiede ja terveysaiheet kiinnostavat suuresti ihmisiä ja niistä myös uutisoidaan laajasti ja näkyvästi (Suikkanen & Syrjälä 2010, 22), minkä voi olettaa puolestaan lisäävän kiinnostusta entisestään.

### 3 LÄÄKÄRI-POTILASSUHDE VIESTINTÄTILANTEENA

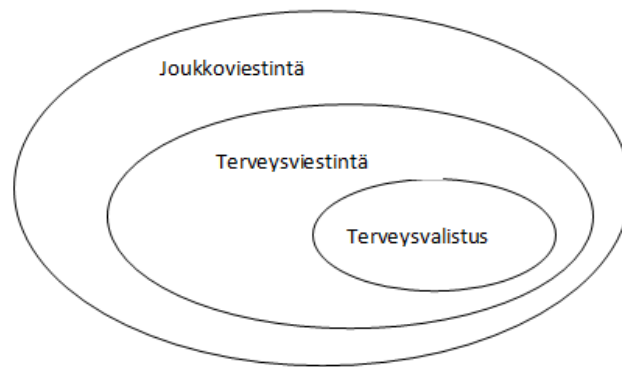
#### 3.1 Lääkäri-potilassuhde terveystieteen kentässä

Terveystieteen määrittelyminen yksinkertaisesti tai yksiselitteisesti on vähintään yhtä hankalaa kuin tiedeviestintään määrittely. Määritelmiä tuntuu olevan yhtä monta kuin määrittelijöitä. Hyvin tyypillisesti määrittelijä ajattelee oman määritelmänsä olevan ylivoimainen, ”oikeampi” verrattuna muiden määritelmiin. Suomalaisessa 2000-luvun terveystieteen tutkimuksessa Torkkola on usein esillä, hän on pohtinut, kritisoinut ja argumentoinut paljon aiempien terveystieteen tutkijoiden määritelmiä. Torkkola (2002, 5) toteaa määritelmien vaihtelevan tutkimusalan mukaan: terveystieteen tutkijoille terveystietä on usein terveyteen vaikuttavaa viestintää, kun taas tieteen tutkijoille se on laajemmalla mittakaavalla terveyteen ja terveydenhuoltoon sekä lääketieteeseen ja sairauksiin liittyvää viestintää.

Torkkola (2002, 6–7) pohtii terveystieteen monimutkaisuutta käsitteenä ja määritelmien moninaisuutta: Monissa määritelmissä lähtöoletuksena on, että terveystieteen kuuluisi olla positiivista. Tällöin terveyttä käsittelevä viestintä, jonka seuraukset ovatkin negatiivisia, jää määritelmän ulkopuolelle. Tällaiseksi Torkkola esimerkiksi luonnehtii Wiion ja Puskan terveystietämääritelmää, jossa he toteavat terveystieteen olevan terveyteen liittyvää tavoitteellista ja arvolutautunutta viestintää, jolla pyritään taistelemaan sairauksia vastaan terveyden edistämiseksi (Wiio & Puska 1993, 16). Torkkolan mielestä määritelmä on ristiriitainen, koska se sisältää kaiken terveyteen liittyvän tieteen sulkien toisaalta pois ei tavoitteellisen ja arvolutautettoman terveyteen liittyvän tieteen (Torkkola 2008, 82). Tästä seuraa hankala ristiriitaisuus, jota on yritetty ratkoa muokkaamalla terveystieteen määritelmää.

Aarva (1991, 22–26) on yrittänyt Torkkolan mukaan kiertää ristiriitaisuuden toteamalla terveystieteen (jossa on perinteisesti positiivinen vaikutus tavoitteena) olevan osa terveystietä ja terveystieteen puolestaan olevan osa joukkoviestintää (kuva 10). Torkkolan mielestä (2002, 7) tämä määrittely johtaa kohde- ja keskinäisviestintään

ohittamiseen, mitkä ovat kuitenkin keskeisessä asemassa tarkasteltaessa terveystietoviestintää. Esimerkiksi lääkärin ja potilaan välinen vuorovaikutus on keskinäisviestintää eikä joukkoviestintää (Torkkola 2002, 7).



**Kuva 10.** Terveystietoviestintä osana joukkoviestintää Aarvan määritelmän mukaisesti (mukaeltu Aarva 1991).

Torkkola tuo esille myös Maailman terveysjärjestö WHO:n terveystietoviestinnän määritelmän:

*Terveystietoviestintä on keskeisin keino välittää yleisölle terveystietoa ja pitää yllä julkista keskustelua merkittävistä terveyskysymyksistä. Kaikkia joukkoviestinnän muotoja, sekä uusia että vanhoja, voidaan käyttää levitettäessä yleisölle hyödyllistä terveystietoa sekä lisättäessä tietoisuutta niin yksilön kuin yhteisönkin terveyden merkityksen kehitykseen. (Tässä suomennos Torkkola 2002, 5; katso myös alkuperäinen englanninkielinen Health Promotion Glossary 1998 WHO.)*

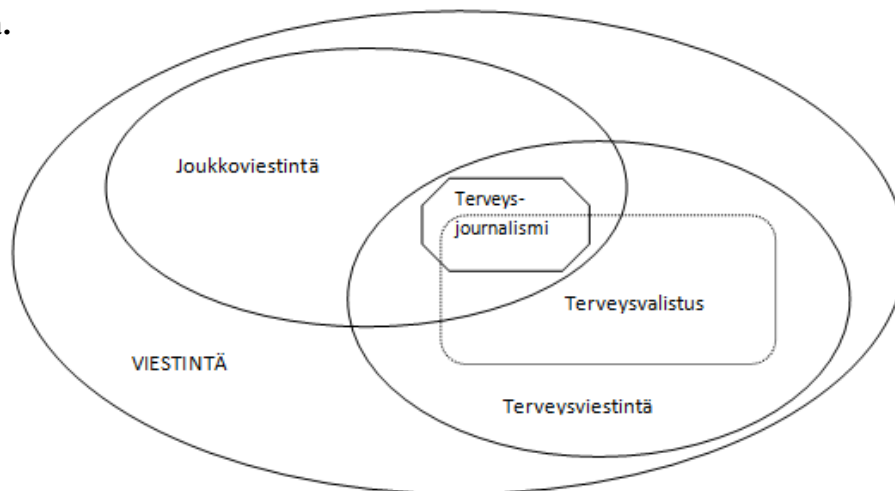
Tämäkään määritelmä ei miellytä Torkkolaa, koska siinä korostuu terveystietoviestinnän positiivinen terveyttä edistävä tavoite, jolloin terveyteen liittyvä, mutta siihen haitallisesti vaikuttava viestintä jää määritelmän ulkopuolelle (Torkkola 2008, 81).

Torkkola (2002, 8–9) esittää terveystietoviestinnän olevan huomattavasti laajempi ja monitasoisempi viestinnän osa-alue kuin mitä se on WHO:n, Wiion ja Puskan tai Aarvan määritelmissä. Terveystietoviestintää ei Torkkolan mukaan voi rajata käsittämään ainoastaan terveyttä edistäväksi viestinnäksi, koska se voi olla myös esimerkiksi kriittistä terveystietojournalismia. Myöskään se ei ole vain osa joukkoviestintää, koska siihen sisältyy kohde- ja keskinäisviestintää. Torkkola oman määritelmän mukaan terveystietoviestintä

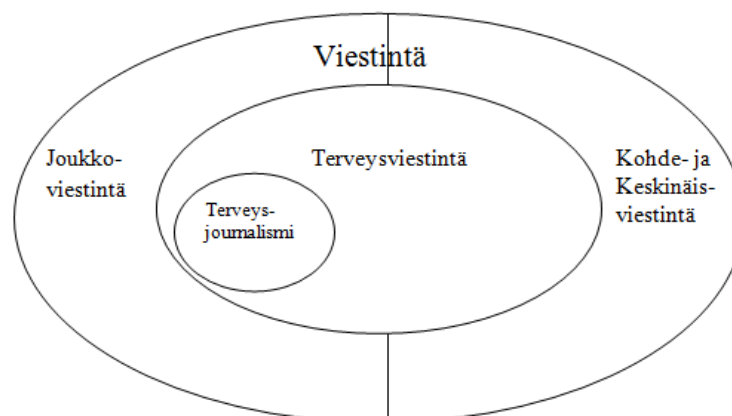
sisältää laajasti kaikki vaihtoehdot joukkoviestinnästä kahdenkeskiseen viestintään, terveydenhuollon ammattilaisten keskinäisestä viestinnästä ja asiakkaille/potilaille tapahtuvasta viestinnästä aina medialle ja sidosryhmille tapahtuvaan viestintään. (Torkkola 2002, 8–9, katso myös kuva 11a.) Väitöskirjassaan (Torkkola 2008, 89, katso myös kuva 11b) hän määrittelee terveysviestinnän seuraavasti:

*Terveysviestintä on terveyksiä ja sairauksia tuottava kulttuurinen ja yhteiskunnallinen käytäntö. Konkreettisesti terveysviestintä on terveyteen ja sairauteen sekä niiden tutkimiseen ja hoitoon liittyvää viestintää kaikilla viestinnän alueilla eli keskinäis-, kohde- ja joukkoviestinnässä. Sisällöllisesti terveysviestintä voi perustua tietoon, tunteeseen tai kokemukseen ja olla sekä faktuaalista että fiktiivistä. (Torkkola 2008, 89.)*

a.



b.



**Kuva 11.** Torkkolan näkemys terveysviestinnän asemoitumisesta viestinnän kentässä (mukaelmat Torkkola a. 2002 ja b. 2008).

Drake (2009) haastaa Torkkolan terveystietämisjärjestelmään. Draken mukaan kohde- ja keskinäisviestintä ovat epämääräisiä, lisäksi hänen mielestään Torkkolan määritelmästä uupuvat potilaiden ja omaisten välinen terveysaiheinen viestintä sekä internetin terveysaiheisten keskustelupalstojen sisältämä viestintä (Drake 2009, 26). Järvi (2011) on puolestaan tutkinut terveystietämisjärjestelmää kulttuuritutkimuslinjan kautta pohtien kuinka terveysaiheisessa tutkimuksessa, silloinkin kun se käsittelee terveystietämisjärjestelmää eli viestintää, on totuttu käyttämään lääketieteelle ja terveystieteille muuten ominaisia kvantitatiivisia metodeja. Kulttuurilinja yrittää sen sijaan tutkia ja selittää terveyttä sekä sairautta kulttuuristen ja sosiaalisten selitysmallien avulla. (Järvi 2011, 21.)

### **3.2 Vastavuoroisuus vastaanotolla**

Oraallinen kulttuuri eli puheella viestiminen on hallinnut ihmisten välistä viestintää homo sapiensin ajoista lähtien, kirjoittaa Kortti (2016, 41). Viestinnässä esitetään jokin sanoma viestijöiden asettuessa samalla keskinäisiin sosiaalisiin suhteisiin (Kunelius 2003, 15). Lääkärin ja potilaan kohtaaminen on siten varsin klassinen esimerkki viestinnästä. Vastaanottotilanteen viestintää, vuorovaikutusta lääkärin ja potilaan välillä, on tutkittu aktiivisesti 1970-luvulta (Ong ym. 1995). Kiinnostusta aiheen pariin on lisännyt tietoisuus siitä, että lääkärin ja potilaan keskinäisen viestinnän onnistuminen vaikuttaa suoraan potilaan kokemaan tyytyväisyyteen ja hoitoon sitoutumiseen sekä sitä kautta itse hoitotulokseen (Ong ym. 1995, Cegala 2003, Haskard Zolnierek & DiMatteo 2009).

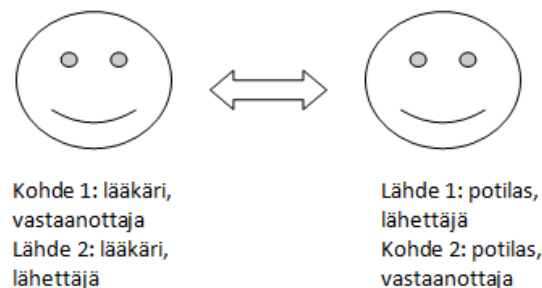
#### **3.2.1 Vastaanoton viestintää**

Vatjus (2014, 17) määrittelee lääkäri-potilassuhteen ”viestinnälliseksi prosessiksi, jossa luodaan ja jaetaan merkityksiä”. Yhteisyyssnäkökulmasta katsottuna viestintään liittyy sisältöjen siirron eli informaation lisäksi yhteisön jäseneksi hyväksyminen eli konfirmaatio kirjoittaa Kunelius (2003, 13) jatkaen: ”Viestintä on toimintaa, jonka avulla sen osanottajat osin rakentuvat, kehittyvät ja muuttuvat.” Lisäksi hän toteaa, että kysymys on vallasta ja sen jakautumisesta viestijän sekä vastaanottajan välille, esimerkiksi juuri lääkäri-potilassuhteessa (Kunelius 2003, 13). Lääkärin ja potilaan suhteeseen vaikuttaa



epäsymmetrisyys: lääkäri on lääketieteen asiantuntija, toisaalta potilas oman elämänsä asiantuntija (Engeström 1999, Vatjus 2014). Suhteeseen, siinä tapahtuvaan viestintään ja vuorovaikutukseen, vaikuttaa voimakkaasti tavoite eli potilaan tilan parantaminen. Siihen pyritään yhteistoiminnalla ja vuorovaikutuksella, vastavuoroisuudella, huolimatta epäsymmetrisestä valta-asemasta. (Mönkkönen 2002, Beach & Inui 2006, Vatjus 2014.)

Lääkärin ja potilaan kohtaamisessa on kyse kaksisuuntaisesta viestinnästä (kuva 12) ja vuorovaikutuksesta, molempien osapuolien tavoitteena on tuottaa toiselle osapuolelle eli potilaalle hyvinvointia (Vatjus 2014, 23). On itsestäänselvyys, että sairauden parantaminen ja terveyden edistäminen vaativat lääkäriltä lääketieteellistä osaamista. Kuten Vatjus (2014, 23) asian ilmaisee: ”Hyvä potilaslääkärisuhde rakentuu lääketieteen biomedisiinisen asiantuntijuuden varaan.” Hän kuitenkin jatkaa, että lääkärin niin sanottu tekninen osaaminen ei yksistään riitä, koska on osoitettu, että potilaat kokevat syvällisen lääkärisuhteen ja vuorovaikutuksen onnistumisen lääkärin kanssa keskeiseksi osaksi paranemisprosessia (esim. Cegala 2003, Gordon 2003, Beach & Inui 2006, Scott ym. 2009, katso myös Haskard Zolnierek & DiMatteo 2009, McCabe & Healey 2018).



**Kuva 12.** Lääkäri-potilassuhde on aina kaksisuuntainen. Kohde 1: lääkäri ja lähde 1: potilas vs kohde 2: potilas ja lähde 2: lääkäri (mukaeltu Karvonon 2017).

Ihminen on biopsykososiaalinen kokonaisuus. Sairauden yksilöllisyyttä riippuen sairastavan yksilön elämäntilanteesta on painotettu lääketieteessä jo pitkään, länsimaalaisessa lääketieteessä 1800-luvun loppupuolelta saakka (Vatjus 2014, 18–19). Nykyään lääketieteessä painotetaan kokonaisuuden merkitystä: ihmisen biologista puolta ei voi eikä ole tarkoituksenmukaista erottaa psykososiaalisesta puolesta. Sairauteen vaikuttaa niin fyysinen keho kuin kokemus sairaudesta ja toisaalta suhde ympäristöön.

Lääkäri-potilassuhteessa olisi huomioitava nämä kaikki kolme puolta. (Rekola 1994, Suomen perustuslaki 1992, Vatjus 2014.)

Psykoanalytiikka ja sen mukana biopsykososiaalisuuden painottaminen tuli muotiin 1950-luvulla. Psykoanalyytikko Michael Balintin (1896–1970) mukaan oli huomioitava potilaan fyysisen diagnoosin lisäksi ”syvempi diagnoosi”, joka käsitti fyysisen sairauden lisäksi psyykkisen voinnin. Psyykkiseen vointiin, ja sitä kautta fyysiseen sairauteen, vaikuttivat Balintin mielestä ihmissuhteet, sisäinen maailma ja ulkoiset puitteet. Kaikista näistä saisi tietoa kuuntelemalla potilasta, niin kerrottua kuin kertomatta jätettyä. Balint korosti, että vastaanotolla olisi huomioitava dialogisuus, vastavuoroisuus, lääkäri-potilassuhteen terapeuttiset vaikutteet. Suomessa Juhani Rekola perusti ensimmäisen Balint-toimikunnan vuonna 1984 tarkoituksenaan rantauttaa Balintin luomat mallit terveydenhuoltoon. Vuonna 1991 perustettiin Suomen lääkäreiden Balint-yhdistys, ja vähitellen Balint-tyyppinen työnohjausmalli levisi Suomen terveydenhuoltoon. (Rekola 1994, Larivaara ym. 2009, Vatjus 2014.)

Clarkin ja Mishlerin (1992, 367–368) mukaan potilaan ja lääkärin välinen vuorovaikutus, potilaan kertoma tarina, käyty keskustelu ja lääkärin suhtautuminen tarinaan, ovat keskeinen osa koko hoitoprosessia. Jos potilas kokee tulleen kuulluksi ja olevansa aktiivinen jäsen hoitopäätöksiä tehtäessä, niin tyytyväisyys ja hoitoon sitoutuneisuus lisääntyvät. Lääkärin asenne potilaaseen ja hänen kertomaan tarinaan, aito kiinnostus ja kunnioitus, ovat siis keskeinen osa onnistunutta vastaanottokäyntiä sekä hoitoa. (Clark & Mishler 1992, 367–368.) Samaan johtopäätökseen on tultu myös tuoreemmissa tutkimuksissa (esim. Haskard Zolnierek & Dimatteo 2009, Salokekkilä 2011, Vatjus 2014, McCabe & Healey 2018). Vastaanotolla huomio voi kuitenkin kiinnittyä pelkkään sairauteen, biomedikaaliseen ongelmaan, ei potilaan kokemukseen sairaudesta. Tällöin voi helposti käydä niin, että potilas vastaa lääkärin kysymyksiin parhaansa mukaan, mutta ei saa ääntään kuuluviin sairauden todellisesta vaikutuksesta elämäänsä. Lääkäri hoitaa siten potilaan sairautta ruumiissa, mutta ei sen aiheuttamaa ongelmaa potilaan elämässä ja kokemusmaailmassa. Tällaista lääkäri-potilassuhdetta on kuvattu lääkäri- tai asiantuntijakeskeiseksi: lääkäri tarjoaa asiantuntijana tiedon ja hoidon potilaan

ongelmaan, potilas vastaanottaa sen osallistumatta itse varsinaisesti hoitopäätöksen tekoon. (Vatjus 2014, 20–21 & 26.)

On muistettava, että myös viestinnän kulttuurisidonnaiset koodit vaikuttavat kahdenkeskiseen viestintään ja vuorovaikutukseen lääkärin ja potilaan välillä. Ne määrittelevät tilanteita, vahvistavat yhteisöllisyudentunnetta ja sitovat yhteisöä samalla vahvistaen valtasuhteita. (Kunelius 2003, 13–14.) Globalisoituvassa maailmassa tällä on entistä keskeisempi merkitys. Niin lääkärin kuin potilaan kulttuurisidonnaiset taustat vaikuttavat suuresti vastaanottotilanteeseen, viestintään ja vuorovaikutukseen. Kulttuurisidonnaisia toimintamalleja sekä niiden vaikutusta lääkäri-potilassuhteeseen ei käsitellä tässä työssä, joskin sen tutkiminen on entistä tärkeämpää tulevaisuudessa.

### 3.2.2 Viestinnän vastaanottoa

Kunelius (2003, 14) pohtii kuinka viestinnän määritys vaikuttaa keskeisesti huomion kiinnittymiseen erilaisiin painopisteisiin, sisällön siirron ja ihmisten välisten suhteiden merkitykseen osana viestintää. Siirtoteoria johtaa helposti tarkastelemaan erityisesti viestin sisältämän informaation laatuun, yhteisöteoria puolestaan saa tarkastelemaan viestinnässä mukana olevien ihmisten välisiä suhteita. Siirtomallin voi nähdä edustavan enemmän realismia ja luonnontieteellistä tieteenteoriaa; todellisuus on riippumaton ihmisten käsityksistä, mutta tieteellä voidaan pyrkiä esittämään todellisuutta. (Kunelius 2003, 16.) Kuneliuksen mukaan yhteisyysteoria puolestaan edustaa konstruktivistista tieteenteoriaa, joka painottaa todellisuuden rakentuvan aina jostakin näkökulmasta ja jotakin varten:

*Koska ihmisten suhdetta todellisuuteen määrää aina jokin käytännön intressi, myös tieto rakentuu aina tämän käytännön mukaan... Konstruktivistiselta kannalta onkin mielekästä sanoa, että todellisuus on kulttuurinen luomus ja että viestintä tuottaa, pitää yllä, korjaa ja muuntaa todellisuutta. (Kunelius 2003, 16.)*

Vuorovaikutus lääkärin ja potilaan välillä on keskeinen osa koko hoitoprosessia. Vuorovaikutustaitojen merkitystä lääkärin osaamisessa onkin viime vuosikymmeninä

huomioitu entistä paremmin. (esim. Koponen 2012, Salokekkilä 2011, Vatjus 2014.) Lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutussuhteeseen liittyy monenlaisia jännitteitä. Yhtenä keskeisenä on potilaan alisteinen asema johtuen sairaudesta, potilas ikään kuin joutuu vuorovaikutukseen lääkärin kanssa tahtomattaan, sairaudesta johtuen. Tällöin vuorovaikutussuhde voi olla jo lähtökohtaisesti latautunut voimakkailla tunteilla, myös fyysinen läheisyys voi aiheuttaa ongelmia. (Vatjus 2014, 24–27.) On myös havaittu, että vastaanoton kulkuun, lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen, vaikuttaa henkilökohtaiset toiveet ja odotukset eli ei lääketieteelliset muuttujat (Engeström & Ruusuvuori 2003). Jotta suhde olisi aidosti vastavuoroinen ja dialogi käynnistyisi todella, on lääkärin eläydyttävä potilaan tilanteeseen ja uskallettava rakentaa tietoa yhdessä potilaan kanssa, kuultava potilasta hänen elämäkokemuksensa kautta (Mönkkönen 2007, Vatjus 2014).

Kunelius (2003, 11) toteaa, että viestin lähettäjä voi päätellä vastaanottajalta saadun palautteen perusteella onnistuiko viestin lähettäminen. Lääkärille tärkein palaute on potilaan oma aktiivinen osallistuminen hoitoprosessiin. Tuorila (2013, 666–667) ja Vatjus (2014, 19–23) muistuttavat, että tutkimuksissa on todettu potilaan motivaation ja oman panostuksen paranemisprosessiin voimistuvan vasta kun hän on saavuttanut kokemuksen ymmärretyksi tulemisesta. Potilaalla on usein tarve jakaa sairauden seurauksena syntynyt haavoittuneisuuden kokemus lääkärin kanssa. Jos potilas kokee tällöin tulleen kuulluksi ja ymmärretyksi omassa kokemuksessaan, niin se johtaa voimaantumiseen ja eheytymiseen, onnistuneeseen kokemukseen autetuksi tulemisesta ja sitä kautta myös aktiiviseen osallistajuuteen paranemisprosessissa. (Koivisto 2003, Kokko 2004, Tuorila 2013, Vatjus 2014.)

Vatjus (2014, 23) pohtii kuinka lääkäri ei varsinaisesti tiedä potilaan todellisuutta eikä voi sitä saavuttaa, ainoastaan yhteisen ymmärryksen saavuttaminen potilaan todellisuudesta on mahdollista. Borrell-Carrió tutkimusryhmineen (2004) toteaa tämän ymmärryksen syntyvän yhteistyön tuloksena, lääkäri tuo tilanteeseen biomedisiinistä osaamista ja potilas määrittelee kertomuksellaan sairauden vaikutuksen elämäänsä, luo raamit tilanteelle. Vatjus (2014, 23) tuo esille kuinka viime vuosina suhdekeskeisyys on noussut osaksi hoitotyötä. Suhdekeskeisessä mallissa lääkäri ja potilas vaikuttavat

toisiinsa ihmisinä omalla persoonallaan tavoitteena rehellinen ja aito kohtaaminen (Beach & Inui 2006, Borrell-Carrió ym. 2004). Potilaslähtöistä yhteistyösuhdetta on Vatjuksen (2014, 20–21) mukaan tutkittu viime vuosikymmeninä kansainvälisesti tuoden esille sen myönteisiä vaikutuksia hoitoprosessiin ja -tuloksiin.

Tuorila (2013) kirjoittaa potilaiden voimaantumisen, eli itsehallinnasta ja päätösvallasta liittyen omaan sairauteen ja elämään, mikä on seurausta yhteiskunnan yleisestä kehitymisestä ja väestön koulutustason kasvusta sekä terveydenhuollon uudelleen muotoutumisesta. Yksilötasolla voimaantumiseen vaikuttaa puolestaan sairauden/ongelman laadun lisäksi ikä, koulutus- ja sosioekonominen tausta sekä taloudellinen asema. Tuorila viittaa Siitosen (1999) voimaantumisteoriaan, jonka perusteiden mukaan ”voimaantuminen lähtee ihmisestä itsestään ja se tapahtuu luontevimmin ympäristössä, jossa ihminen kokee ilmapiirin turvalliseksi, itsensä hyväksytyksi ja asemansa tasa-arvoiseksi.” (Siitonen 1999; tässä Tuorila 2013, 667.) ”Potilaan voimaantuminen tukee toimivaa ja onnistunutta vuorovaikutusta lääkärin kanssa, joka potilaan näkökulmasta on tämän parhaaseen pyrkivä asiantuntija ja yhteistyökumppani” jatkaa Tuorila muistuttaen, että kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu voimaantumisen sitouttavan potilasta omaan hoitoonsa ja lisäävän tyytyväisyyttä siihen (Tuorila 2013, 667).

Tuorila pohtii voimaantumisen positiivisia vaikutuksia terveydenhuoltoon suuremmassa mittakaavassa:

*Potilaille siirretään näennäisesti terveydenhuoltoon kuuluvaa valtaa ja vastuuta; samaan aikaan potilaita kuitenkin opetetaan toimimaan terveystalouden järjestelmän eduksi... Voimaantunut potilas kykenee hyödyntämään maallikkoasiantuntemustaan. Voimaantuminen edistää terveystalouden käyttäjien asiakkuustaitojen kehittymistä, sillä voimaantunut potilas kykenee hankkimaan oma-aloitteisesti tietoa, tekemään päätöksiä ja valintoja, ajattelemaan kriittisesti sekä oppimaan kokemuksistaan. (Tuorila 2013, 667.)*

On yleisessä tiedossa, että potilaat hankkivat useista eri lähteistä tietoa sairaudestaan tai ongelmastaan jo ennen vastaanotolle tuloa, internetin aikakaudella tiedonhaku on entistä

helpompaa ja nopeampaa. Drake (2009, 28) tuo esille Dutta-Bergmanin kansainväliset tutkimukset (2004 & 2005) terveysorientoitumisesta ja -käyttäytymisestä, missä terveystietoisuus määritellään ominaisuudeksi, ”joka saa yksilön etsimään ja hakemaan tietoa myös muista lähteistä kuin lääkäriltä”. Dutta-Bergman muistuttaa, että terveysorientoituminen ja siihen liittyvä itsemääräämisoikeus ja -hallinta voi kuitenkin johtaa myös epäterveellisiin päätöksiin ja käytäntöihin (Dutta-Bergman 2004 & 2005; tässä Drake 2009, 28). Myös Tuorila (2013, 668–669) tuo esille voimaantumisen kielteisiä seurauksia mainiten esimerkkinä medikalisaation ja markkinavoimat, jotka ovat pitkälti vastuussa erilaisuuden ja normaaliin elämään kuuluvien asioiden lääketieteellistämisestä eli medikalisaatiosta.

#### 4 TUTKIMUKSEN TAVOITE

Tutkimukseni tavoitteena oli selvittää viestinnän merkitystä lääkäri-potilassuhteessa, kuinka kuulluksi tulemisen kokemus vaikuttaa lääkäri-potilassuhteen onnistumiseen ja sitä kautta potilas- ja hoitotyytyväisyyteen sekä luottamuksen syntyyn. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, miten potilas koki lääkärin onnistuneen tiedeviestinnässä eli lääketieteellisen tiedon esittämisessä helposti ymmärrettävässä muodossa. Tutkimuksen keskeisimmät tavoitteet voi tiivistää kaksiosaiseen tutkimuskysymykseen:

Mitkä tekijät vaikuttavat potilaiden kokemuksen mukaan

1. lääkäri-potilasvuorovaikutussuhteeseen ja kuulluksi tulemisen kokemukseen?
2. lääkärin onnistuneeseen tieteestä viestimiseen?

Tutkimuksen taustalla on oma kokemukseni potilastyöstä: sairauden hoidon onnistumisessa biomedisiinisellä osaamisella on järkkymätön merkitys, hoitosuhteen onnistumisen keskiössä sen sijaan on vuorovaikutus. Kokemukseni mukaan jokaisen potilaan kohdalla on mietittävä erikseen, miten asian esittää silloinkin, kun taustalla on sama sairaus/ongelma. Vastaanotolla on kysymys myös yksilöiden välisestä vuorovaikutussuhteesta, ei pelkästään itse sairaudesta. Vaikka oireiden taustalla olevat biomedisiiniset syyt eivät olisi täysin selvillä, onnistunut vuorovaikutus ja tunne siitä, että on tullut otetuksi vakavasti voi riittää potilaalle. Potilaalle ei aina ole tärkeintä ongelman biomedisiininen tausta eikä se ymmärtääkö hän itse mekanismeja täysin, vaan ennemminkin se, että tulee kuulluksi ja kunnioitetuksi. Tietoisuuden lisääntyminen vuorovaikutuksen ja viestinnän onnistumisen keskeisyydestä hoitosuhteessa on mielestäni ensiarvoisen tärkeää kehitettäessä hoitomalleja ja koulutettaessa uusia terveydenhuollon ammattilaisia.

## **5 AINEISTO JA MENETELMÄT**

### **5.1 Aineisto**

Aineistonkeruu toteutettiin Oulun yliopistollisen sairaalan Fysiatrian poliklinikalla kyselylomakkein kesällä 2018. Lisäksi haastattelin yhtä potilasta ja yhtä lääkäriä keväällä 2020. Fysiatrian poliklinikka valikoitui aineistonkeruupaikaksi, koska se oli oma työpaikkani tutkimuksen aloitusvaiheessa. Työskennellessäni siellä erikoistuvana lääkärimä kiinnostukseni heräsi lääkäri-potilasvuorovaikutussuhteen syvällisempään tutkimiseen. Kesällä 2018 olin väliaikaisesti toisessa työpaikassa, joten en ole itse osallistunut kyselyaineistonkeruuvaiheeseen. Sen sijaan haastateltava potilas oli oma potilaani syksyllä 2019. Haastateltava lääkäri on poliklinikan vakituinen työntekijä ja osallistunut kyselylomakkeiden jakamiseen vastaanotoillaan. Seuraavissa alaluvuissa käyn tarkemmin läpi tutkimusaineiston keruuta sekä tutkimusstrategian ja -menetelmät.

#### **5.1.1 Tausta**

Lääkäri on pitkälti kaikille ihmisille tuttu ammattinimike, kaikilla on käytännössä jokin kokemus vuorovaikutuksesta lääkärin kanssa. Moni ei kuitenkaan ole sen tarkemmin selvillä lääketieteen laajuudesta ja erikoisalojen moninaisuudesta. Suomessa on esimerkiksi 50 lääketieteen erikoisalaa, joihin voi erikseen erikoistua (Suomen Lääkäriliitto 2019). Lääkäriksi valmistuva on suorittanut 6 vuoden peruskoulutuksen yliopistossa saaden nimikkeen lääketieteenlisensiaatti. Erikoislääkäri on lääketieteenlisensiaatti, joka on valmistumisen jälkeen suorittanut erikoistumisen tietylle erikoisalalle (5-6 vuoden koulutus) eli erikoislääkärillä on noin 12 vuoden yliopisto- ja työssäoppimiskoulutus taustalla. Lisäksi lääkäri voi olla lääketieteen tohtori ja/tai erikoistua useammalle erikoisalalle. Tähän tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä kaksi oli erikoislääkäreitä ja kaksi erikoistuvia lääkäreitä, yksi nainen ja kolme miestä. Kaikki lääkärit edustivat fysiatriin erikoisalaa ja olivat kokeneita jo pitkään ammattiaan harjoittaneita, erikoistuvat erikoistumiskoulutuksensa loppuvaiheessa.



Fysiatria on yksi 50 erikoisalasta, se keskittyy tuki- ja liikuntaelinsairauksien sekä vammojen hoitoon ja kuntoutukseen. Oulun yliopistollisen sairaalan Fysiatrian poliklinikka on erikoissairaanhoidon yksikkö, jonne potilaat tulevat läheteellä tuki- ja liikuntaelinsairauksien tutkimista, hoitoa ja kuntoutusta varten (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2019). Poliklinikka toimii moniammatillisesti, ja potilas tapaa yleensä lääkärin lisäksi muita alan ammattilaisia riippuen ongelmastaan/sairaudestaan, esimerkiksi fysioterapeutin, toimintaterapeutin, liikunfafysiologin, psykologin, kuntoutusohjaajan ja/tai sairaanhoitajan. Lääkärin vastaanottoaika on 60 minuuttia, joka laskennallisesti sisältää potilaan tietoihin tutustumisen, potilaan haastattelun ja tutkimisen sekä käynnin kirjaamisen ja tarvittavien läheteiden sekä lausuntojen tekemisen. Lisäksi on 30 minuutin kontrollivastaanottoja, joita ennen potilas on käynyt vähintään kertaalleen 60 minuutin vastaanotolla. Ensimmäisen käynnin jälkeen jatkotutkimusten (esimerkiksi kuvantamisten ja laboratorionäytteenottojen) tulokset ja jatkohoitosuunnitelmat ilmoitetaan puhelinsoitolla tai kirjeitse, tarvittaessa varataan kontrollikäynti sekä muiden ammattilaisten vastaanotot.

### **5.1.2 Rajaukset**

Tässä tutkimuksessa selvitetään viestinnän merkitystä lääkäri-potilassuhteessa. Tutkimuksessa keskitytään pitkälti potilaiden kokemuksiin sekä näkemyksiin viestinnän ja vuorovaikutuksen merkityksestä hoitosuhteessa. Tällöin vastaukset kuvastavat vain vuorovaikutussuhteen ja viestintätilanteen toisen osapuolen näkemyksiä ja kokemuksia. Potilaslähtöinen näkökulma tuntuu luontevalta, kun huomioi lääkäri-potilassuhteeseen liittyvän valta-asetelman: lääkäri tekee työtään asiantuntijana, potilas tulee tilanteeseen ongelman/sairauden vuoksi. Lähtökohtainen ajatus on, ettei potilas hakeutuisi lääkärin kanssa vuorovaikutussuhteeseen ilman ongelmaa.

Aineisto on kerätty kyselylomakkeella toukokuun ja syyskuun 2018 välisenä aikana poliklinikalla, lisäksi haastattelin kahta henkilöä maaliskuun 2020 aikana. Osallistuminen tutkimukseen oli täysin vapaaehtoista. Sen seurauksena tutkimusharha on todennäköinen: on hyvin mahdollista, että kyselylomakkeisiin vastanneet edustavat keskivertoa joko tyytymättömämpiä tai tyytyväisempiä potilaita. Tyytyväisempi potilas on todennäköisesti

yhteistyöhalukkaampi ja siten valmis vastaamaan vapaaehtoiseen kyselyyn. Toisaalta tyytymätön potilas voi kokea kyselyn mahdollisuutena antaa palautetta.

Kyselyt toteutettiin yhtä lääketieteen erikoisalaa edustavan poliklinikan potilailla, joten sekin voi vaikuttaa tuloksiin, samoin pieni otoskoko. Tulokset eivät siten ole suoraan yleistettävissä kaikkiin lääkäri-potilassuhteisiin eikä muille lääketieteen aloille. Alakohtaiset erot voivat vaikuttaa suuresti vuorovaikutussuhteeseen ja viestintään, koska kaikkiin erikoisaloihin liittyy hyvin erilaisia vuorovaikutussuhteita, esimerkkeinä syöpätaudit, lastentaudit ja kirurgia. Lisäksi, kuten jo aiemmin mainittu, kulttuurisidonnaisia vaikutusta lääkäri-potilassuhteeseen ei käsitellä tässä työssä, niiden keskeisyydestä huolimatta.

Tutkimukseni ei varsinaisesti liity poliklinikan eikä sairaalan toimintaan, joten halusin tehdä kyselytutkimuksesta mahdollisimman helpon sekä lääkäreille että potilaille. Näin ollen päädyin postitettavaan kaavakkeeseen, joka veisi mahdollisimman vähän lääkärin ja potilaan aikaa vastaanotolla. Kaavakkeen täyttäminen itse vastaanotolla olisi mahdollisesti johtanut suurempaan vastausprosenttiin. Toisaalta vastausten sisältö olisi voinut vääristyä, koska anonymiteetti ei olisi toteutunut: potilas olisi tietoinen, että lääkäri pystyisi näkemään vastaukset. Postitettavassa kaavakkeessa tätä mahdollisuutta ei ollut, lisäksi kaavakkeen ohjeissa painotettiin sen täyttämistä anonymisti mainitsematta potilaan omaa tai hoitaneen lääkärin nimeä. Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa lääkäri-potilasvuorovaikutusta yleisellä tasolla, ei yksilösidonnaisesti. Kolme vastanneista kirjoitti lääkärin nimen kaavakkeeseen ohjeiden vastaisesti, 34 täytti lomakkeen anonymisti. Kaikki 37 otettiin kuitenkin mukaan tutkimukseen, koska lääkärin nimen mainitseminen ei vaikuttanut tulosten tilastolliseen analysointiin.

### **5.1.3 Kyselyt**

Kyselytutkimus toteutettiin Oulun yliopistollisen sairaalan Fysiatrian poliklinikalla toukokuun ja syyskuun 2018 välisenä aikana. Jaoin alun perin kyselykaavakkeet (liite 1) poliklinikan kuudelle vakituiselle lääkärille, jokaiselle 20 kappaletta eli yhteensä 120 kappaletta. Lopulta lääkäreistä neljä osallistui tutkimukseen (kahden jäädessä pois kesä-

ja sairauslomien vuoksi), ja 80 kyselykaavakkeesta lääkärit saivat jaettua potilaille 78 kappaletta. Lääkäreiden kanssa oli sovittu, että kaavake annetaan potilaalle vastaanoton päätteeksi yhdessä palautuskuoren kanssa (osoite valmiina, postimaksu maksettu) ja potilasta pyydetään postittamaan kaavake takaisin poliklinikalle. 37 potilasta 78:sta postitti kyselykaavakkeen takaisin eli vastausprosentiksi muodostui 47 %.

Kyselykaavakkeessa kysyttiin taustatietoina sukupuoli, ikä, koulutustausta ja ammatti (liite 1 ja taulukko 1). Nämä taustatiedot valikoituivat pitkälti poliklinikan omien esitetokaavakkeiden pohjalta. Lääketieteellisessä tutkimuksessa sukupuoli, ikä ja sosioekonominen asema ovat yleensä perustaustatietoja, jotka selvitetään ja tilastoidaan (Modarress-Sadeghi ym. 2019). Koulutustaustan ja ammatin sekä sosioekonomisen aseman voi katsoa myös vaikuttavan vuorovaikutukseen ja viestintään vastaanotolla (Borrell-Carrió 2004, 579, Tuorila 2013, 667). Kliinisen kokemuksen perusteella voi todeta, että vuorovaikutussuhde ja terveysviestinnän sisältö vastaanottokäynnillä muotoutuu usein toisenlaiseksi, jos potilaana on esimerkiksi lääkäri tai fysioterapeutti verrattuna potilaaseen, joka ei itse ole terveydenhuoltoalalla. Samoin koulutustaustan voi nähdä yleissivistävänä ja yksilön tietämystasosta kertovana. Taustatietojen jälkeen vastaajilta kysyttiin 12 kysymyksen avulla tiedonhankinnasta sekä vastaanottotilanteen viestinnästä, kuulluksi tulemisen kokemuksesta ja vuorovaikutussuhteesta lääkärin kanssa (liite 1).

#### **5.1.4 Haastattelut**

Halusin syventyä tutkimusaiheeseeni teemahaastattelujen kautta. Haastateltaviksi valikoituivat yksi kyselylomakkeiden jakamiseen osallistunut poliklinikan lääkäri ja yksi oma potilaani. Ajatus oli lähestyä aihetta lääkärin ammattiroolin ja potilaan kokemusten kautta. Haastattelut suoritin maaliskuussa 2020, lääkärin kanssa kasvotusten poliklinikalla ja potilaan kanssa sähköpostitse sekä puhelimitse. Molemmille olin tehnyt valmiit kysymykset, joiden pohjalta etenimme strukturoidusti.

Lääkäri valikoitui sen perusteella, että hän oli monipuolisen lääkärinuran tehnyt vakituinen poliklinikan työntekijä ja osallistunut tämän tutkimuksen aineistonkeruun

ensimmäiseen vaiheeseen. Potilas valikoitui sen perusteella, että hänen kanssaan vastaanotolla oli kyse juuri viestinnästä ja sen onnistumisesta. Potilas oli käynyt jo saman vaivan takia aiemmin lääkärissä ja tarvittavat jatkotutkimukset oli tehty, oireiden syy oli selvillä. Hänestä oli kuitenkin tehty lähete poliklinikalle oireiden jatkuessa, ja tullessaan vastaanotolleni syksyllä 2019 hän oli itse edelleen osittain tietämätön oireidensa syistä ja niiden vaikutuksesta.

Kyseisen potilaan kanssa vastaanoton kulku eteni kuten normaalisti, ensin haastattelin ja sitten tutkin potilaan. Sen jälkeen kävimme yhdessä läpi kuvantamislöydökset, miksi ja miten ne selittivät potilaan oireet, miten olisi edettävä. Potilas oli vastaanoton jälkeen minun käsitykseni mukaan hyvin tyytyväinen, hän koki ymmärtäneensä oireidensa syyt ja pärjäävänsä jatkossa niiden kanssa, koska oma tietämys oli lisääntynyt. Jatkoon hän kävi kertaalleen fysioterapeutin arviossa, jonka jälkeen minulla oli hänelle soittokontrolli. Soittokontrollin aikana sovimme osallistumisesta tutkimukseeni, muuten hän jatkoi omatoimisella kuntoutumisella eli jatkohoitotoimet eivät olleet tarpeellisia.

## 5.2 Tutkimusmenetelmät

Tutkimukseni on pitkälti empiirinen, paino on tutkimuskohteen havainnoinnissa ja siitä tehtävissä analyyseissä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 20, Jyväskylän yliopiston Koppa 2015). Tutkimusstrategiana on lähestyä tutkittavaa asiaa monimetodisesti eli tutkimus sisältää erilaisia tutkimusaineistoja, joita analysoidaan sekä laadullisin että määrällisin menetelmin (Vilkka 2015, 70). Tutkimusaineiston keruuta kyselylomakkeella pidetään tyypillisimpänä tapana kerätä aineisto määrällisessä tutkimusmenetelmässä, se on myös vakioitu eli kaikki osallistujat vastaavat samoihin kysymyksiin (Hirsjärvi ym. 2005, 182–183, Vilkka 2015, 94). Haastattelun eri muodot ovat puolestaan tyypillisin laadullisen tutkimusmenetelmän aineistonkeruutapa, tavoitteena on kartoittaa yksilön kokemus todellisuudesta (Tuomi & Sarajärvi 2002, 8, Vilkka 2015, 118–123). Seuraavissa alaluvuissa käyn tarkemmin läpi tutkimusstrategiaa ja -viitekehystä sekä analyysimenetelmiä.

### 5.2.1 Tutkimusstrategia ja -viitekehys

Sijoitan tutkimukseni fenomenologis-hermeneuttiseen viitekehykseen:

*Fenomenologisen lähestymistavan mukaan todellisuus vuorostaan näyttäytyy monimerkityksellisenä. Todellisuus avautuu jokaisen kokemukselle eri tavalla ja siten ainutkertaisesti. Yksilön kokemus muotoutuu tietyssä paikassa ja ajassa, suhteessa asioihin ja esineisiin sekä hänen oman merkityksenantonsa kautta, ja myös sillä on samanaikaisesti kulttuurinen perusta. Merkitykset ovat siis ihmisten välisiä ja ihmisiä yhdistäviä eli intersubjektiivisia.* (Vilka 2015, 161.)

Fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimuksessa ihminen tutkii ihmistä. Tuomi ja Sarajärvi (2002, 33–34) toteavat filosofian tutkimusongelmien olevan ”ihmiskäsitys, eli millainen ihminen on tutkimuskohteena, ja tiedonkäsitys, eli miten tuollaisesta kohteesta voidaan saada inhimillistä tietoa ja millaista tämä tieto on luonteeltaan”.

Fenomenologiassa ollaan kiinnostuneita merkityssuhteista ja -kokonaisuuksista, ei esimerkiksi haastattelun yksittäisistä sanoista tai tauoista. Fenomenologiassa keskeiset käsitteet ovat kokemus, merkitys ja yhteisöllisyys, joiden kautta ja avulla tutkitaan ”ihmisen kokemuksellista suhdetta maailmaan” eli vuorovaikutusta toisten ihmisten, ympäröivän yhteiskunnan ja kulttuurin sekä luonnon kanssa. Fenomenologiassa tutkijalla on jokin esiymmärrys asiasta: hänellä on jokin ennalta olemassa oleva suhde tutkittavaan ilmiöön, mikä mahdollistaa ilmiön ymmärtämisen ja tulkinnan. (Vilka 2015, 171–172.) Kuten Tuomi ja Sarajärvi (2002, 35) asian esittävät: ”Ymmärtäminen ei ala tyhjästä, vaan perustana on aina se, miten kohde ymmärretään ennestään eli esiymmärrys.”

Tutkimusaiheeni valinta oli hyvin henkilökohtainen ja omaan elämäntodellisuuteeni liittyvä. Tutkimusaiheen valinnan sekä tutkimusprosessin aikaan työskentelin ja edelleen työskentelen lääkärinä, lääkäri-potilasvuorovaikutussuhde on päivittäistä arkeani. Haastateltavista toinen oli oma potilaani ja toinen kollega, ja vaikka en itse osallistunut tutkimuksen kyselylomakeosion keruuseen toimimalla yhtenä tutkimuksen lääkäreistä, niin tulen ilmiön sisäpuolelta. Minulle on jo kehittynyt lääkärin identiteetti ja toimin sekä ajattelen niin tiedostaen kuin tiedostamatta ammatillisen identiteettini mukaisesti. Näin ollen minulla oli jo tutkimuksen lähtötilanteessa hyvin vahva käsitys lääkäri-

potilasvuorovaikutussuhteesta ja tiedeviestinnästä vastaanotolla sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Tuomi ja Sarajärvi (2009, 35) toteavat, että fenomenologis-hermeneuttisen tutkimuksen tavoitteena on ”nostaa tietoiseksi ja näkyväksi se, minkä tottumus on häivyttänyt huomaamattomaksi ja itsestään selväksi, tai se, mikä on koettu, mutta ei vielä tietoisesti ajateltu”.

## **5.2.2 Määrällinen ja laadullinen tutkimus**

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimusmenetelmä perustuu tutkittavan ilmiön kuvaamiseen ja tulkintaan numeerisesti ja tilastollisin menetelmin (Jyväskylän yliopiston Koppa 2015). Kyselylomaketutkimus on tyypillisin aineistonkeruutapa määrällisessä tutkimuksessa. Siinä tutkittavat saavat kysymyksiä sisältävät lomakkeet luettavaksi ja vastattavaksi, kysymysten tulkinta jää vastaajalle. Tulkinnanvaraisuuden lisäksi tyypillisiä muita ongelmia ovat alhainen vastausprosentti ja lomakkeiden palautusviive. Hyötyjä ovat muun muassa anonymiteetti eli vastaajan jääminen tuntemattomaksi, mikä helpottaa esimerkiksi arkaluontoisten asioiden kysymistä ja tutkimista. Lisäksi menetelmällä pystytään keräämään tietoa suurelta hajallaan olevalta joukolta. (Vilka 2015, 94–95.)

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa pyritään tarkastelemaan tutkittavaa ilmiötä kokonaisvaltaisesti selvittämällä sen ominaisuuksia ja merkityksiä (Jyväskylän yliopiston Koppa 2015). Merkityskokonaisuudet ilmenevät ihmisten välisinä ajatuksina, toimintoina, rakenteina. Laadullisessa tutkimuksessa halutaan selvittää ihmisen kokemus todellisuudesta. On kuitenkin muistettava, että tutkittavan kokemus on henkilökohtainen eikä tutkija voi sitä koskaan täysin tyhjentävästi ymmärtää. Laadullisen tutkimuksen päämäärä ei siis ole totuuden löytäminen tai määrittelemine, vaan tutkittavan asian tulkinta. Haastattelu on tyypillisin laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä, se voi olla avoin haastattelu, lomake- tai teemahaastattelu. Yleensä haastattelu toteutetaan yksilöhaastatteluna. Lomakehaastattelussa tutkija on päättänyt jo ennakoon kysymykset ja niiden järjestyksen. Tärkeintä on aineiston sisältö, ei määrä kappaleina. (Vilka 2015, 118–123 & 129.)

Tutkimusaiheeni, lääkäri-potilassuhde viestinnällisenä tilanteena, mahdollisti monenlaiset lähestymistavat. Kuten jo aiemmin mainitsin, päädyin monimetodiseen tutkimusstrategiaan, analysoin tutkimusaineistoani sekä laadullisin että määrällisin menetelmin. Syitä tähän valintaan on monia. Halusin saada mahdollisimman suuren perusjoukon eli tutkittavien joukon ilman, että siitä aiheutuisi ylimääräistä työtä poliklinikan henkilökunnalle. Esimerkiksi, jos tutkimus olisi toteutettu siten, että jokainen lääkäri olisi haastatellut erikseen 20 potilasta tutkimusta varten, olisi jouduttu varaamaan paljon ylimääräistä resurssia. Lisäksi edellä mainitussa tilanteessa anonymiteetti olisi kärsinyt, koska potilas olisi tällöin keskustellut vastaanoton kulusta oman lääkärinsä kanssa; tällöin vastaukset olisivat voineet muuttua. Toisaalta kyselykaavake voi tuntua tutkittavasta helpommalta ja nopeammalta tavalta osallistua pyydettyyn tutkimukseen. Lisäksi sairaanhoitopiiriltä ei tarvita erillistä tutkimuslupaa kyselylomaketutkimukseen. Halusin kuitenkin syventyä tutkimusaiheeseen kahden haastattelun kautta, tuoden esille yhden potilaan ja yhden lääkärin näkökulman. Haastattelu edustaa yhden ihmisen näkemystä eikä sen perusteella voi siten tehdä yleistyksiä tutkimusaiheesta, mutta kuten edellä todettu, laadullisen tutkimuksen tarkoitus ei ole löytää totuutta vaan tulkita tutkittavan henkilökohtaisia kokemuksia ja sitä kautta selvittää tutkittavan ilmiön ominaisuuksia ja merkityksiä laajemmassa mittakaavassa.

### **5.2.3 Sisällönanalyysi ja -erittely**

Käytän sekä sisällönanalyysiä että -erittelyä tutkimusaineistoni analysoinnissa. Sisällönerittely on kvantitatiivista sisällön analysointia siinä missä sisällönanalyysi on sisällön sanallista kuvaamista. Sisällönerittelyssä sanallisesta lähtömateriaalista päädytään määrällisiin tuloksiin. Tätä keinoa olen käyttänyt analysoidessani kyselylomakkeilla kerättyä tietoa. Sisällönanalyysiä olen puolestaan käyttänyt analysoidessani kyselylomakkeiden vapaan osuuden tuottamaa informaatiota ja haastatteluja. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen: ensin aineistoa pelkistetään, sitten tehdään ryhmittely ja lopuksi abstrahointi, joka tarkoittaa teoreettisten käsitteiden luomista. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 106–108.) Aineiston pelkistämisessä etsitään keskeisiä kuvaavia ilmauksia, jotka sen jälkeen ryhmitellään samankaltaisuuden perusteella tiiviimpien luokkien alle. Luokittelun jälkeen aineisto abstrahoidaan eli

muodostetaan tutkimusaineistosta esille nousseen oleellisen tiedon pohjalta teoreettisia käsitteitä, jotka ovat vastaus tutkimuskysymykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–113.)



## 6 TULOKSET

### 6.1 Kyselylomaketutkimus

Tutkimukseen osallistuneille potilaille jaetun kyselylomakkeen (liite 1) 12 kysymystä olen jakanut tulosten analysointia ja tulkintaa varten viiteen suurempaan kysymyskokonaisuuteen, jotka näkyvät alla. Seuraavaksi käyn läpi taulukoihin ja kaavioihin kootut vastaukset yksi kysymyskokonaisuus kerralla esitettynä sekä avaam tarkemmin vastauksia muun muassa vertaillen eri tavalla vastanneita ryhmiä toisiinsa.

1. Mistä potilaat kuulivat sairaudestaan ensimmäisen kerran?
  - Lomakkeen kysymykset 1–3
2. Kokivatko potilaat tietävänsä tarpeeksi sairaudestaan?
  - Kysymykset 4–7
3. Olivatko potilaat etsineet tietoa muualta kuin lääkäriltä?
  - Kysymykset 8–9
4. Onnistuiko lääkäri selittämään tarpeeksi kattavasti sairaudesta vastaanottotilanteessa?
  - Kysymykset 10–11
5. Kokiko potilas tulleen kuulluksi?
  - Kysymys 12 ja vapaa osuus

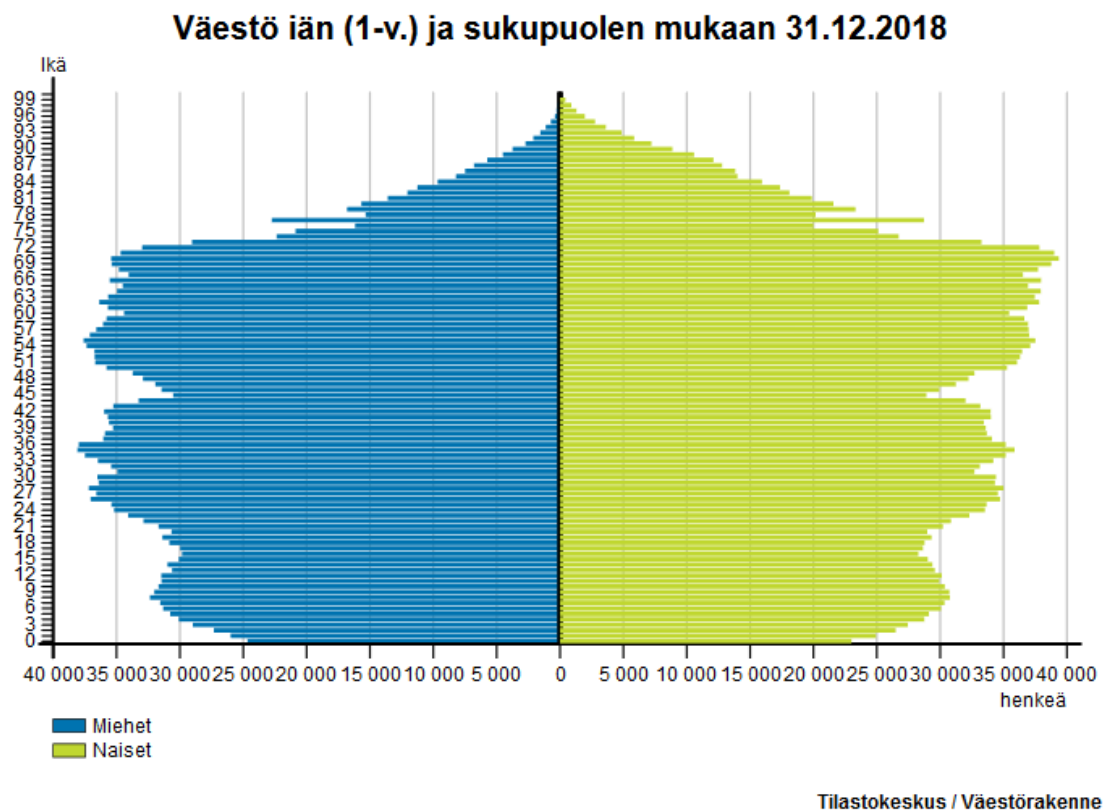
#### 6.1.1 Osallistuneiden taustatiedot

Kyselytutkimukseen osallistuneiden sukupuolijakauma meni tasan sukupuolensa ilmoittaneiden osalta (15 naista, 15 miestä ja 7 vastaamatta jättänyttä). Noin 60 % oli 51–75 -vuotiaita ja noin 40 % 25–50 -vuotiaita. Koulutustasoltaan eniten (43 %) oli ammattikoulun käyneitä, toiseksi eniten (27 %) peruskoulun/kansakoulun käyneitä ja kolmanneksi eniten (16 %) ammattikorkeakoulun käyneitä. Yliopistotutkinon suorittaneita oli vain 8 % vastanneista. Tutkittavien taustatiedot on esitetty taulukossa 1.

**Taulukko 1.** Kyselytutkimuksen osallistuneiden taustatiedot.

<b>Sukupuoli</b>	Mies (n=15)	Nainen (n=15)	Ei vastausta (n=7)	Yhteensä (n=37)
<b>Ikä vuosina (%)</b>				
Alle 25	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
25-50	8 (21,6)	7 (18,9)	0 (0)	15 (40,5)
51-75	7 (18,9)	8 (21,6)	7 (18,9)	22 (59,4)
Yli 75	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>Koulutustausta (%)</b>				
Peruskoulu/kansakoulu	3 (8,1)	5 (13,5)	2 (5,4)	10 (27,0)
Ammattikoulu	8 (21,6)	5 (13,5)	3 (8,1)	16 (43,2)
Ylioppilas	1 (2,7)	1 (2,7)	0 (0)	2 (5,4)
Ammattikorkeakoulu	2 (5,4)	2 (5,4)	2 (5,4)	6 (16,2)
Yliopistotutkinto	1 (2,7)	2 (5,4)	0 (0)	3 (8,1)

Tyypillisin kyselytutkimukseen osallistunut potilas oli ammattikoulun käynyt 51–75-vuotias. Tilastokeskuksen tuoreimpien tietojen mukaan 73 % Suomen aikuisväestöstä on suorittanut perusasteen jälkeisen tutkinnon ja vain noin 9 % yliopistotutkinnon (Suomen virallinen tilasto 2018). Tältä osin tutkimukseen osallistuneet edustivat varsin osuvasti väestön yleistä koulutustasoa, sillä vastanneista 73 % oli suorittanut jonkin tutkinnon perusasteen jälkeen ja 8 %:lla oli yliopistotutkinto (taulukko 1). Osallistujat edustivat myös ikä- ja sukupuolijakaumaltaan erinomaisesti suomalaisväestöä (kuva 13): sukupuolijakauma oli tasainen ja suurin osa 51–75 -vuotiaita (vertaa kuva 13 ja taulukko 1). Näin ollen voidaan todeta, että tutkimukseen osallistuneet edustivat hyvin koko väestöä taustatietojensa osalta.



**Kuva 13.** Suomen väestön ikärakenne sukupuoli huomioiden (Findikaattori 2020).

### 6.1.2 Tiedonsaanti

Kyselylomakkeen ensimmäisellä kolmella kysymyksellä (K1-3, liite 1), jotka on esitetty taulukossa 2, oli tarkoitus kartoittaa millä tavoin potilaat kuulivat sairaudestaan/ oireiden taustalla olevasta syystä ensimmäisen kerran. Ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin, oliko oireiden syy selvinnyt tutkimuksissa: 15 potilasta vastasi syyn selvinneen ja 19 kertoi syyn selvinneen osittain siinä missä kolme vastasi, ettei oireiden taustalla olevaa syytä selvinnyt tutkimuksissa. Toisin sanoen noin 40 % potilaista koki syyn selvinneen täysin ja yli 90 % koki oireiden syyn selvinneen ainakin osittain.

31 potilasta, yli 80 %, kertoi kuulleensa oireiden syystä vastaanottokäynnillä, neljä puhelimitse ja yksi kirjeitse yhden jättäessä vastaamatta kysymykseen. Viisi potilasta kuuli siis oireiden syystä näkemättä lääkärinä ja heistä kaksi koki, ettei saanut sillä tavoin tarpeeksi tietoa sairautensa/ oireidensa syystä. Kolmesta potilaasta, joiden mukaan

oireiden syy ei selvinnyt tutkimuksissa, yksi vastasi kuulleensa syistä vastaanotolla ja toinen puhelimitse, kolmas oli vastannut ”ei mistään näistä”.

**Taulukko 2.** Suurimmalle osalle potilaista oireiden syy oli selvinnyt lääkärin vastaanottokäynnillä.

<b>K1. Onko oireidenne taustalla oleva syy/sairaus selvinnyt tehdyissä tutkimuksissa? (n=37)</b>			
Kyllä	Osittain	Ei	Ei vastausta
15 (41%)	19 (51%)	3 (8%)	0 (0%)
<b>K2. Kuulitteko oireidenne taustalla olevasta syystä/sairaudesta ensimmäisen kerran lääkäriltä (n=37)</b>			
Kirjeitse	Puhelimitse	Vastaanottokäynnillä	Ei vastausta
1 (2,5%)	4 (11%)	31 (84%)	1 (2,5%)
<b>K3. Jos kuulitte sairauden diagnoosista (diagnoosi = taudin määrittäminen) ensimmäisen kerran <u>kirjeitse tai puhelimitse</u>, niin selvisikö oireiden syy teille hyvin näkemättä lääkäriä? (n=5)</b>			
Kyllä selvisi	Selvisi osittain	Ei selvinnyt	Ei vastausta
1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)	0 (0%)

### 6.1.3 Tietämystaso

Taulukossa 3 on esitetty kyselylomakkeen seuraavat neljä kysymystä (K4–7, liite 1), joilla kartoitin potilaiden omaa kokemusta tietämystasostaan liittyen oireidensa syihin ja sen hoitoon. 24 potilasta eli 65 % kertoi tietävänsä tarpeeksi oireiden syystä/sairaudesta siinä missä 13 potilasta (35 %) ei kokenut tietävänsä tarpeeksi. Kokemus tietoisuudesta hoitojen suhteen sen sijaan jakaantui melko tasan puoliksi: 19 koki tietävänsä myös sairautensa hoidosta tarpeeksi, kun taas 18 koki ettei tiennyt tarpeeksi. 13 potilaasta, jotka eivät tieneet oireiden syystä tarpeeksi, 12 koki sen häiritsevän vähintään jonkin verran arkea, ja kaikki 18 potilasta, jotka eivät tieneet hoidosta tarpeeksi, kokivat sen vähintään jonkin verran häiritsevänä.

15 potilaasta, jotka vastasivat ensimmäisessä kysymyksessä oireidensa syyn selvinneen täysin, 13 koki oman tietämystason olevan riittävä sairaudesta ja 11 koki tietävänsä hoidosta tarpeeksi. Kaksi potilasta, joille diagnoosi eli sairauden syy oli selvinnyt, ei kuitenkaan kokenut omaa tietämystasoa riittäväksi ja koki sen jonkin verran häiritsevä. 19 potilaasta, joiden oireiden syy oli selvinnyt osittain, 11 koki tietävänsä sairaudestaan tarpeeksi ja heistä viisi koki tietävänsä myös hoidosta tarpeeksi, kun taas kuusi koki, ettei tiennyt hoidosta tarpeeksi, vaikka tiesikin itse sairaudesta tarpeeksi; heitä kaikkia tietämättömyys häiritsi vähintään jonkin verran arjessa. Viisi niistä kahdeksasta potilaasta, joiden oireiden syy oli selvinnyt osittain, mutta oma tietämystaso ei tuntunut riittävältä, koki ettei tiennyt myöskään hoidosta tarpeeksi ja heitä kaikkia se häiritsi vähintään jonkin verran arjessa. Kolme potilasta, joiden mukaan oireiden syy ei selvinnyt tutkimuksissa, vastasivat kysymyksiin 4–7 yhtenevästi toden, etteivät tiedä oireiden syystä ja sen hoidosta tarpeeksi ja se häiritsee jonkin verran arkea.

**Taulukko 3.** Yli puolet potilaista koki oman tietämystasonsa niin oireidensa syystä kuin sen hoidosta riittäväksi.

<b>K4. Koetteko, että tiedätte <u>tarpeeksi</u> sairaudestanne ja siitä mistä oireenne johtuvat? (n=37)</b>		
Tiedän tarpeeksi	En tiedä tarpeeksi	Ei vastausta
24 (65%)	13 (35%)	0 (0%)
<b>K5. Jos <u>ette tiedä tarpeeksi</u> sairaudestanne, niin häiritseekö tietämättömyys arkeanne? (n=13)</b>		
Ei häiritse	Häiritsee jonkin verran	Kyllä häiritsee
1 (8%)	10 (77%)	2 (15%)
<b>K6. Koetteko, että tiedätte <u>tarpeeksi</u> sairautenne <u>hoidosta</u>? (n=37)</b>		
Tiedän tarpeeksi	En tiedä tarpeeksi	Ei vastausta
19 (51%)	18 (49%)	0 (0%)
<b>K7. Jos <u>ette tiedä tarpeeksi</u> sairautenne hoidosta, niin häiritseekö tietämättömyys arkeanne? (n=18)</b>		
Ei häiritse	Häiritsee jonkin verran	Kyllä häiritsee
0 (0%)	10 (56%)	8 (44%)

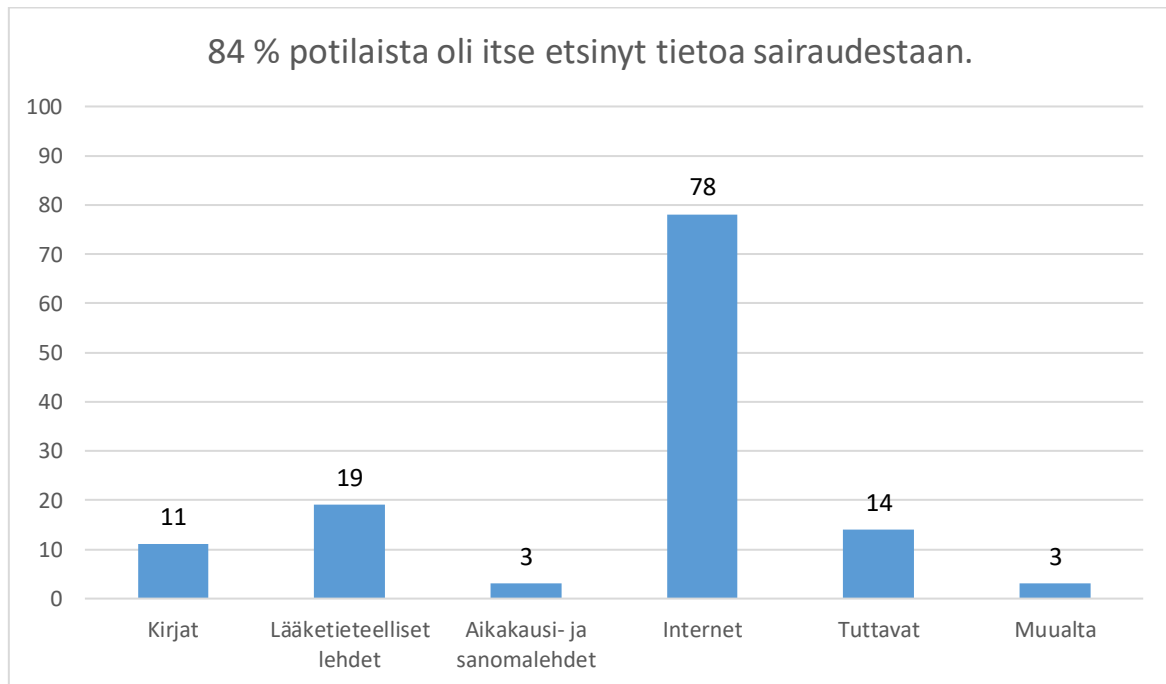
#### 6.1.4 Tiedonhankinta

Kyselylomakkeen palauttaneista 37 potilaasta 31 (84%) ilmoitti etsineensä myös itsenäisesti tietoa sairaudestaan siinä missä 6 potilasta (16%) kertoi ettei ollut itsenäisesti etsinyt tietoa (K8). Tietoa etsineitä pyydettiin valitsemaan yksi tai useampi käytetty tiedonlähde seuraavista: kirjat, lääketieteelliset lehdet, aikakausi- ja sanomalehdet, internet, tuttavat, muu lähde. Selkeästi suurin osa (78%) tietoa etsineistä 31 potilaasta oli etsinyt sitä internetistä, lääketieteelliset lehdet olivat toiseksi suosituin (19%) tiedonlähde ja tuttavat (14%) suositumpi kuin kirjat (11%). Yksi ilmoitti etsineensä tietoa myös aikakausi- ja sanomalehdistä sekä yksi muualta määrittelemättä kuitenkaan mistä. Tulokset on koottu kuvaan 14 (katso myös liite 1, K8–9).

Kahdeksan kymmenestä potilaasta, jotka tiesivät sairautensa diagnoosin sekä kokivat tietävänsä tarpeeksi niin syystä kuin sen hoidosta, olivat etsineet itsekin tietoa lääketieteellisistä lehdistä, aikakausi- ja sanomalehdistä, internetistä, tuttavilta ja muualta. Kaksi potilasta ei ollut kokenut tarpeelliseksi itsenäistä tiedonhankintaa, he kokivat tietävänsä sairaudesta ja hoidosta tarpeeksi. Yksi potilas, joka tiesi diagnoosin, mutta ei kokenut itse tietävänsä oireiden syystä tarpeeksi, oli etsinyt tietoa internetistä. Toinen vastaavassa tilanteessa oleva potilas ei ollut etsinyt itsenäisesti tietoa. Kaikki kolme potilasta, jotka tiesivät diagnoosin ja kokivat tietävänsä myös sairaudesta tarpeeksi, mutta eivät tienneet hoidosta tarpeeksi, olivat itse etsineet tietoa; yksi lääketieteellisistä lehdistä, toinen internetistä ja kolmas kirjoista, lääketieteellisistä lehdistä, internetistä ja tukiryhmistä.

Ne viisi potilasta 19 potilaasta, joiden oireiden syy oli selvinnyt osittain, mutta, jotka kokivat tietävänsä itse sairaudestaan ja hoidosta tarpeeksi, olivat kaikki etsineet omatoimisesti tietoa internetistä. Myös ne kuusi potilasta, joiden oireiden syy oli selvinnyt osittain ja kokivat tietävänsä itse oireiden syystä tarpeeksi, mutta eivät hoidosta, olivat kaikki etsineet tietoa itsenäisesti. Internetin lisäksi oli mainittu kirjat, lääketieteelliset lehdet ja tuttavat. 19 potilaasta, joiden oireiden syy oli selvinnyt osittain, kahdeksan koki, ettei oma tietämystaso ollut riittävä sairaudesta ja/tai hoidosta. Kuusi heistä ilmoitti etsineensä itse tietoa internetistä, lääketieteellisistä lehdistä ja/tai tuttavilta.

Kaksi potilasta tästä ryhmästä ilmoitti, ettei ollut itse etsinyt tietoa: toista tietämättömyys häiritsi toista ei. Kuten jo aiemmin mainittu kaikki kolme potilasta, jotka kertoivat, ettei diagnoosi selvinnyt ollenkaan, eivät ymmärrettävästikään olleet tyytyväisiä tietämystasoonsa ja kokivat sen häiritsevän jonkin verran arkea. Kaksi heistä oli etsinyt tietoa internetistä, yksi ei ollut itse etsinyt tietoa.



**Kuva 14.** Yli 80 % potilaista oli etsinyt sairaudestaan tietoa itsenäisesti, suurin osa internetistä (n=31, luvut ilmoitettu prosentteina).

### 6.1.5 Viestintä ja kuulluksi tuleminen

Kyselykaavakkeen viimeisessä osiossa potilailta tiedusteltiin vastaanottotilanteen viestinnän onnistumisesta kysymällä, onnistuiko lääkäri potilaan mielestä selittämään diagnoosin siten, että potilas ymmärsi oireidensa syyt (K10, liite 1). Jos potilas koki, ettei lääkäri onnistunut, niin häntä pyydettiin arvioimaan syytä (K11, liite 1: lääkärin käyttämät vaikeat sanat ja käsitteet/ liian vähäinen aika/ muu syy). Lisäksi viimeisessä kysymyksessä (K12, liite 1) kysyttiin suoraan kokemusta kuulluksi tulemisesta. 25 potilasta eli 68 % vastasi lääkärin onnistuneen viestinnässä, 10 potilasta (27%) vastasi

lääkärin onnistuneen osittain ja kaksi (5%) vastasi ettei lääkäri onnistunut. Tulokset on esitetty kuvassa 15.

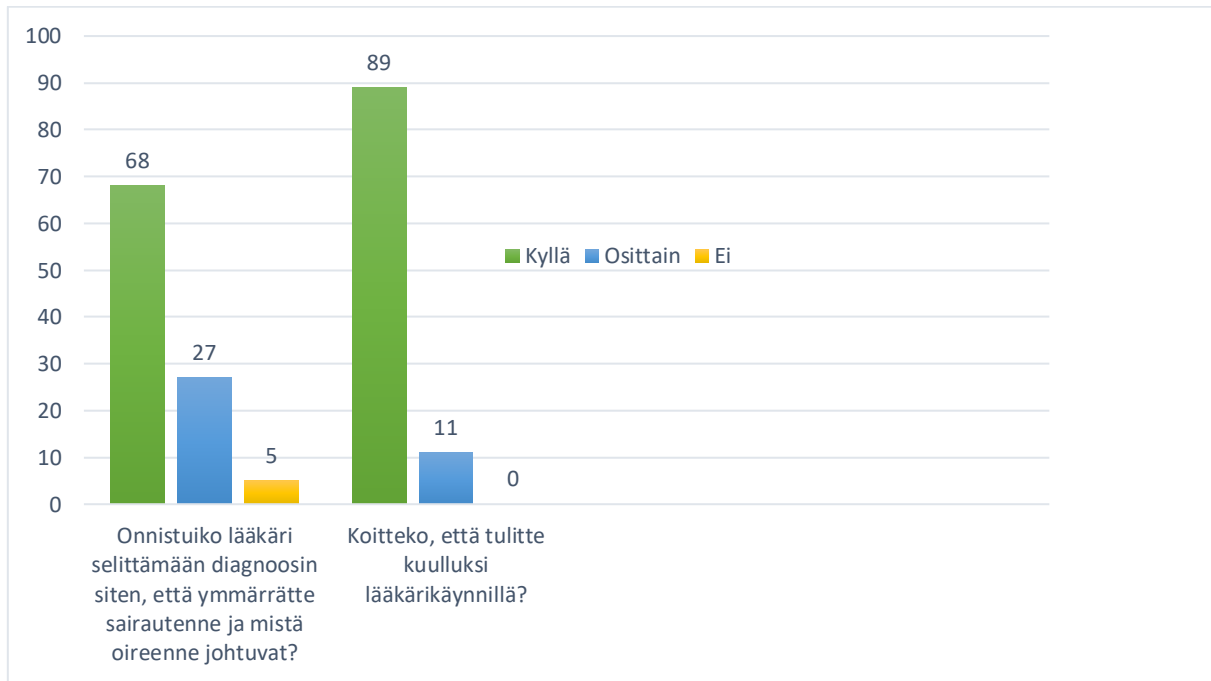
Kaksi potilasta, jotka kokivat, ettei lääkäri onnistunut selittämään diagnoosia ymmärrettävästi antoivat syyksi ”muu syy”. Yksi ei avannut vastaustaan enemmän ja koki tulleen osittain kuulluksi, toinen avasi ”kipujen syy ei selvinnyt” ja oli kuitenkin kokenut tulleen täysin kuulluksi. Molemmat olivat vastanneet jo kysymykseen yksi, ettei diagnoosia selvinnyt, tieto tuli toiselle puhelimitse. Molemmat kokivat, etteivät tienneet sairaudestaan tai sen hoidosta tarpeeksi ja asia häiritsi jonkin verran arkea. He olivat myös etsineet itse tietoa internetistä. 15 potilaasta, jotka vastasivat ensimmäisessä kysymyksessä diagnoosin selvinneen, 14 koki lääkärin onnistuneen viestinnässä ja tulleen vastaanotolla kuulluksi. Yksi potilaista oli todennut tulleen kuulluksi osittain ja viestinnän onnistuneen myöskin osittain. Syyksi hän oli kirjannut ”paljon lyhyessä ajassa”.

Ne 5 potilasta 19 potilaasta, joiden oireiden syy oli selvinnyt osittain, mutta, jotka kokivat tietävänsä itse sairaudestaan ja hoidosta tarpeeksi, kokivat kaikki tulleen kuulluksi täysin. Neljä heistä koki lääkärin onnistuneen osittain diagnoosin selittämisessä, kaksi ei avannut asiaa enemmän, yksi selitti syytä osittaiselle onnistumiselle seuraavanlaisesti: ”Oma epäilykseni, että oireiden takana voi olla jotain muutakin. Mutta sain tyhjentävän vastauksen ja edetään ohjeiden mukaisesti.” Toinen potilas, jonka mielestä lääkäri onnistui vain osittain, pohti asiaa: ”Vaivat ovat monivivahteiset ja pitkäaikaiset. Miten ne liittyvät toisiinsa?” Myös ne kuusi potilasta, joiden oireiden syy oli selvinnyt osittain ja kokivat kuitenkin tietävänsä itse oireiden syystä tarpeeksi, mutta eivät hoidosta, kokivat lääkärin onnistuneen viestinnässä ainakin osittain ja tulleen kuulluksi ainakin osittain. Näistä kuudesta neljä potilasta oli täysin tyytyväisiä viestintään ja kuulluksi tulemiseen; kaksi, jotka olivat osittain tyytyväisiä, olivat ilmoittaneet syyksi liian vähäisen ajan.

Kahdeksan potilasta, joiden oireiden syy oli selvinnyt osittain ja oma tietämystaso ei ollut riittävä sairaudesta ja/tai hoidosta, kokivat kaikki tulleen täysin kuulluksi ja kuusi koki lääkärin onnistuneen hyvin viestinnässä. Kaksi koki lääkärin onnistuneen osittain, toinen heistä mainitsi syyksi tutkimusten keskeneräisyyden kyselyn vastausajankohtana toinen



ei maininnut mitään erillistä syytä. Kolmesta potilaasta, joille ei selvinnyt diagnoosia, kahta yhdisti kokemus kuulluksi tulemisesta, vaikka oireiden syy ei heidän mielestään ollutkaan selvinnyt. Yksi koki tulleen osittain kuulluksi.



**Kuva 15.** Yli puolet potilaista koki lääkärin onnistuneen hyvin viestinnässä ja 95 % mielestä lääkäri onnistui vähintään osittain. 89 % potilaista koki tulleen täysin kuulluksi ja kaikki kokivat tulleen vähintään osittain kuulluksi (n=37, luvut ilmoitettu prosenteina).

### 6.1.6 Mietteitä vuorovaikutuksesta

Viimeisen kysymyksen (K12, liite 1) jälkeen, pyysin potilaita kirjoittamaan vapaasti, mikä heidän mielestään onnistui tai epäonnistui vuorovaikutuksessa lääkärin kanssa. 37 kyselylomakkeeseen vastanneesta potilaasta 26 kirjoitti omia mietteitään vastaanoton vuorovaikutuksesta, osa pohti asiaa myös yleisemmällä tasolla kuin vain edeltäneen käyntinsä näkökulmasta. 15 potilaan ryhmästä, joille diagnoosi oli omien sanojen mukaan selvinnyt, 13 vastasi kyseiseen osuuteen. Kaikki vastaukset ovat esitettyinä alkuperäisessä muodossaan alla, potilaille on annettu järjestysnumero 1–26.

P1: Lääkäri oli asiallinen ja selitti tilanteeni sekä sanoin että havainnollistaen. Myös jatkohoito tuli puheeksi tarpeen niin vaatiessa. Käynti oli kaikinpuolin miellyttävä. Lääkärillä oli aikaa kuunnella ja tutkia minua. Ei ollut ”kiireentuntua”. KIITOS.

P2: Lääkäri oikein ystävällinen ja ymmärtäväinen minua kohtaan ja sain sellaisia asioita sairaudesta jota minulle ei ole ennen kerrottu esim hoitomuodoista.

P3: Vuorovaikutus lääkärin kanssa loistavaa. Kiitokset Fysiatri x. Uskomattoman ystävällinen ja ihmisläheinen lääkäri.

P4: Lääkäri todella kuunteli ja kyseli tarkasti, varmisti vielä moneen kertaan eri oirekuvauksia. Tarkka kliininen tutkimus, johtopäätös sekä jatkotoimenpiteet tarkat. Huumorintajuinen lääkäri!

P5: Tunsin lääkärin antavan tarpeeksi aikaa lääkärin käynnillä. Vuosikymmeniä sitten sama lääkäri antoi kannustusta ja henkistä tukea esim. ennenaikaisen eläkkeen hakemiseen, odotin eläkettä neljä vuotta, jonka lopuksi sain kyseiseltä ajalta taannehtivasti. Kohdallani paljon käyntejä useiden sairauksien takia, mutta fysiatrian puolella paras mahdollinen hoito.

P6: Hyvin tutkittiin. Lääkäri oli ystävällinen ja selitti tarkasti syyt kipuun (Näin vanhallekin).

P7: Sain erittäin hyvää hoitoa ja hyvät ohjeet käydessäni fysiatrialla.

P8: Lääkäri kuunteli minua ja myös pyysi kertomaan omin sanoin oireista vaikka ”papereissani” kyllä luki oireeni. Koin osion niin, että lääkäri oli oikeasti kiinnostunut auttamaan minua.

P9: Tojella lääkäri onnistui tehtävässään :)

P10: Lääkäri hyvin selkeästi kertoi ja ymmärrettävästi mistä oireet johtuu ja miten hoidetaan. Vuorovaikutus lääkärin kanssa sujui hyvin. Tulin kuulluksi.

P11: Olen aiemmin saanut puutteellista tietoa ja ohjausta, nyt sain todella hyvät ja tarkat ymmärrettävästi kerrotut ohjeet. Kiitos ja hyvää kesää!

P12: Lääkäri pystyi kansantajuisesti selostamaan vaivan perimmäiset syyt, hyvä!

P13: Liian paljon asiaa kerralla.

Kolmesta potilaasta, joille ei selvinnyt diagnoosia, vain yksi oli vastannut:

P14: Onnistui hyvin mutta tutkimukset jatkuvat.

19 potilaasta, joille sairauden syy selvisi osittain, 12 kirjoitti tuntemuksistaan:

P15: *Lääkäri ei päässyt omakanta-tietoihini vo:lla. Ei nähnyt tietoja magneettikuvistakaan (kieltoja en ole laittanut omakantaan). Onneksi oli mukana omat lausunnot magneetista ja aiemmista sairauksista ja leikkausten tiedoista.*

P16: *Pitkään jatkuneen sairauden hoidon jälkeinen tila, jossa haetaan tietoa sekä keinoja selvittää nykyistä tilaa kohentamalla sitä: Tällä käynnillä oli aikaa keskustella puolin ja toisin tilastani (noin 1 ½ h). Useimmiten tällaiset käynnit eivät ole kiireen vuoksi olleet mahdollisia (→ Osastoilla lääkärin kiireet).*

P17: *Aluksi lääkäri oli tylyhkö → Mitäs te täällä teette jne. Loppua kohti lääkärin asenne muuttui → parempaan päin.*

P18: *Liian lyhyt käyntiaika jättää kysymyksiä paljon ilmaan. Kun aikaa on tarpeeksi, niin olo on huomattavasti helpottuneempi, koska asioihin saa vastauksia. Hyvän lääkärinkäynnin saa kun vuorovaikutus on kunnossa ja kysymyksiä ja vastauksia tulee puolin ja toisin. Tämän päivän tapa tuntuu olevan että kaikki muu sivutetaan paitsi tulosyy, mutta asiaan läheisesti liittyviä tekijöitä ei haluta/keretä selvittämään. (Poikkeuksia toki on lääkäristä riippuen).*

P19: *Minulla oli todella asiantunteva ja ihmisläheinen lääkäri, joka selitti asiat minulle selvästi ja vastasi kysymyksiini. Olen positiivisesti yllättynyt siitä kuinka ammattitaitoinen ja ihmisläheinen lääkäriini oli!*

P20: *Vastaanottoaika olisi voinut olla pidempi. Nyt tuntui siltä, että vaikka asiaan saatiin selvyyttä, ei aikaa riittänyt käydä perusteellisesti läpi. Muuten lääkäri x oli ensimmäinen joka ymmärsi katsoa asioita kokonaisuutena. Iso kiitos x:lle vastaanotosta!*

P21: *Lääkärillä oli aikaa kuunnella ja hän ymmärsi minun ongelman miksi hakeuduin tutkimukseen.*

P22: *Lääkäri kuunteli potilasta. Lääkärillä oli avoin tasavertainen suhtautuminen potilasta kohtaan. Lääkärillä oli hyvä huumorintaju :) Kiitos!*

P23: *Erittäin hyvä käynti en ole vielä näin hyvää käsittelyä saanut 15 vuoteen.*

P24: *X kuunteli, kun kerroin tuntemukseni ja havaitsemani oireet ja otti ne tutkimuksissa huomioon ja kertoi selkeästi mistä mikäkin tod.näköisesti johtuu ja hommasi kaikki tarvittavat tutkimus ajat.*

*P25: Lääkäri keskitty potilaaseen eikä tietokoneeseen mitä yleensä kun lääkäriellä on kiire, tapahtuu. (kirjaaminen alkaa potilaan ollessa kuultavana. Lääkäri otti huomioon potilaan mielen taudin hoidossa.*

*P26: Lääkäri selvitti asian hyvin. ymmärsin kaiken.*

Hain vastauksista lääkärin ja potilaan vuorovaikutustilannetta kuvaavia ilmauksia, jotka olen koonnut taulukkoon 3 ja 4. Vastauksissa oli keskitytty onnistuneen vuorovaikutuksen kuvaamiseen: 21 potilasta (81 %) toi esille onnistuneen vuorovaikutuksen tekijöitä, yksi heistä (P25) pohti yleisemmällä tasolla tekijöitä, jotka voivat johtaa epäonnistuneeseen vuorovaikutukseen, ja 5 potilasta (19 %) toi ilmi epäonnistuneeseen vuorovaikutukseen vaikuttaneita tekijöitä. Tulos on linjassa aiemmin tehdyn havainnon kanssa: 95 % kaikista tutkimukseen osallistuneista potilaista oli vähintään osittain tyytyväisiä lääkärin viestintään ja 89 % koki tulleen täysin kuulluksi (kuva 15).

Vastauksissa toistui moni ilmaus: 13 potilasta toi esille lääkärin luonnetta ja persoonaa sekä lääkärin ja potilaan välistä toimivaa henkilökemiaa kuvaavia ilmauksia kuten ystävällisyys, ymmärtäväisyys ja huumorintaju. 12 potilasta kiitti onnistuneesta sairauden syistä ja hoidoista kertomisesta eli lääketieteellisen tiedon esittämisestä helposti ymmärrettävässä muodossa, toisin sanoen onnistuneesta tieteestä viestimisestä. Termit tarkkuus, selkeys ja ymmärrettävyys nousivat kirkkaasti kärkeen tässä ryhmässä. Neljä potilasta puolestaan ilmaisi riittävän vastaanottoajan ja kiireettömyydetunnun olevan keskeisiä tekijöitä onnistuneessa vuorovaikutuksessa vastaanotolla. Ryhmittelin onnistunutta vuorovaikutusta lääkärin ja potilaan välillä kuvanneista vastauksista kerätyt pelkistetyt ilmaukset kolmen selkeästi esille tulleen teeman alle, jotka on esitetty taulukossa 4. Epäonnistuneesta vuorovaikutuksesta pohdintaa oli huomattavasti vähemmän, mikä oli myös linjassa aiempien tulosten kanssa (kuva 15). Vähistä vastauksista huolimatta nostin esille neljä teemaa, jotka mielestäni kuvaavat hyvin epäonnistuneen lääkäri-potilasvuorovaikutussuhteen syitä, ne on koottu taulukkoon 5.

**Taulukko 4.** Potilaiden vastauksissa vastaanoton onnistuneesta vuorovaikutuksesta toistuvivat teemat: lääkärin positiivinen suhtautuminen potilaaseen, selkeä viestintä ja riittävä aika.

**Teema 1: vastaanoton pituuteen ja käytettävään aikaan liittyvät ilmaukset**

P1: aikaa kuunnella ja tutkia, ei kiireen tuntua

P5: lääkäri antoi tarpeeksi aikaa

P16: Aikaa keskustella, kiireettömyys

P21: aikaa kuunnella, aikaa ymmärtää

**Teema 2: lääkärin persoonaan ja luonteeseen sekä lääkärin ja potilaan keskinäiseen henkilökemiaan liittyvät ilmaukset**

P1: asiallisuus

P2: ystävällisyys, ymmärtäväisyys

P3: ystävällisyys, ihmissläheisyys

P4: kuuntelu, huumorintaju

P5: aikaa, kannustusta ja henkistä tukea

P6: ystävällisyys, potilaan huomioiminen (tarkka syiden selvitys vanhallekin)

P8: kuuntelu, aito kiinnostus auttaa

P10: kuulla (ei vain kuunnella)

P19: asiantuntijuus, ihmissläheisyys, ammattitaito

P21: potilaan huomioiminen (ymmärtää, miksi potilas hakeutunut hoitoon)

P22: potilaan kuuntelu, avoin tasavertainen suhtautuminen potilasta kohtaan, hyvä

P24: kuuntelu, potilaan huomioiminen (potilaan kertoman huomiointi)

P25: keskittyminen potilaaseen eikä tietokoneeseen, potilaan mielipiteen huomioiminen

**Teema 3: lääkärin asiantuntijuuteen ja kykyyn viestiä tieteestä liittyvät ilmaukset**

P1: asioiden selittäminen sekä sanallisesti että havainnollistaen

P2: tietoa sairaudesta ja sen hoidosta

P4: tarkka kuuntelu ja kyseleminen sekä tutkiminen, tarkat jatkotoimenpiteet

P6: tarkka syiden selvitys

P7: hyvät ohjeet

P10: selkeä tiedonanto sairaudesta ja hoidosta

P11: hyvät ja tarkat ymmärrettävästi kerrotut ohjeet

P12: kansantajuinen selostus sairaudesta

P19: asioiden selittäminen selvästi, kysymyksiin vastaaminen

P20: asioiden katsominen kokonaisuutena

P24: asioista selkeästi kertominen, jatkotutkimukset

P26: asioiden selkeä selvitys (niin että potilas ymmärtää)

**Taulukko 5.** Potilaiden vastauksissa vastaanoton epäonnistuneesta vuorovaikutuksesta nousivat esille teemat: kiire, epäonnistunut viestintä ja tietotekniikan pettäminen sekä lääkärin tyyli suhtautuminen potilaaseen.

**Teema 1: lääkärin asiantuntijuuteen ja kykyyn viestiä tieteestä liittyvät ilmaukset**

P13: liikaa asiaa kerralla

P18: jäi avoimia kysymyksiä, muiden asioiden sivuuttaminen

**Teema 2: vastaanoton pituuteen ja käytettävään aikaan liittyvät ilmaukset**

P18: liian lyhyt aika

P20: liian lyhyt aika, ei jäänyt aikaa käydä asioita perusteellisesti läpi

P25: kiireinen lääkäri keskittyy tietokoneeseen

**Teema 3: potilastietojärjestelmiin ja tietotekniikkaan liittyvät ilmaukset**

P15: puutteellinen pääsy potilaan tietoihin

P25: lääkäri keskittyy tietokoneeseen, kirjaa samalla kun potilas puhuu

**Teema 4: lääkärin persoonaan ja luonteeseen sekä lääkärin ja potilaan keskinäiseen henkilökemiaan liittyvät ilmaukset**

P17: lääkärin tyyli asenne

P25: keskittyminen muuhun kuin potilaaseen

## 6.2 Haastattelut

Tutkimukseen osallistuneille haastateltaville olin tehnyt valmiiksi erilliset kysymykset, (liite 2 ja 3), tarkoitus oli syventyä lääkäri-potilassuhteeseen potilaan ja lääkärin näkökulmasta näiden kahden tapausesimerkin avulla. Lääkäri-potilassuhdetta yleisellä tasolla käsittelevät kysymykset olivat pitkälti molemmille samoja, potilasta haastattelin lisäksi erikseen liittyen meidän omaan vastaanottotilanteeseen. Lääkärin haastattelin kasvatusten. Potilasta en pystynyt tapaamaan henkilökohtaisesti enää haastatteluvaiheessa, joten sovimme, että lähetän hänelle haastattelukysymykset sähköpostitse, jonka jälkeen vielä soitin hänelle. Seuraavassa kahdessa alaluvussa esitän haastattelujen tulokset.

### 6.2.1 Potilas

Potilaan haastattelun toteutin sähköpostitse ja puhelimitse keväällä 2020. Olin valmisteellut 21 kysymystä (liite 2), jotka olin jakanut kahteen osioon A ja B. Osion A kysymykset liittyivät vastaanottotilanteeseen ja lääkäri-potilassuhteeseen yleisellä tasolla, osion B kysymykset liittyivät potilaan selkäkivun vuoksi tapahtuneisiin vastaanottokäynteihin keväällä ja syksyllä 2019.

Käyn ensin läpi osion A vastaukset. Osiossa oli yhteensä seitsemän kysymystä, jotka käsitelivät lääkäri-potilasvuorovaikutussuhteen määrittelyä (K1–2), onnistuneeseen vuorovaikutussuhteeseen vaikuttavia tekijöitä ja niiden merkitystä hoitosuhteessa kokonaisuudessaan (K3–5) sekä kuulluksi tulemisen ja tiedeviestinnän merkitystä lääkäri-potilassuhteessa (K6–7).

Potilas määritteli lääkäri-potilassuhteen seuraavasti: ”Koen, että se on virallinen käytäntö, jolla pyritään toteamaan potilaan oireiden perusteella sairauden hoito.” Vastaanottotilanteen vuorovaikutussuhteen epäsymmetriaa potilas pohti vuorovaikutussuhteen ja kuulluksi tulemisen sekä läsnäolon kautta. Hän totesi, että ei lähtökohtaisesti koe lääkäri-potilassuhdetta epäsymmetriseksi asetelmaltaan, mutta suhde voi muuttua epäsymmetriseksi esimerkiksi, jos ”lääkäri ei kohtaa asiakasta yksilöllisesti ja ei ole täysin tilanteessa läsnä”. Potilaan mielestä tämä voi ilmetä esimerkiksi siten, että lääkäri ei kuuntele potilasta tarpeeksi ja toteaa diagnoosin vain oireiden perusteella tutkimatta potilasta tarkemmin. Epäsymmetrisen asetelman potilas koki vaikuttavan suuresti vuorovaikutussuhteeseen ja viestintään: ”Vuorovaikutus pohjautuu kuulemiseen ja kuuntelemiseen, joten jos asetelma ei toimi niin myös viestintä kärsii paljon ja asiakas kokee, ettei ole tullut kuulluksi.”

Pyysin potilasta nimeämään lääkäri-potilassuhteeseen vaikuttavat tekijät oman kokemuksensa pohjalta. Hän luetteli lääkärin asenteen potilasta kohtaan ja lääkärin kyynistymisen omaan työhönsä, toisaalta potilaan asenteen lääkäriä kohtaan ja potilaan edellisten lääkärikohtaamisten vaikutuksen sekä lisäksi kiireen vastaanotolla. Kerroin potilaalle tutkimustuloksista, joissa todetaan, ettei lääkärin tekninen biomedisiininen

osaaminen yksistään riittää onnistuneen hoitosuhteen takaamiseksi, koska potilaat kokevat syvällisen lääkärisuhteen ja vuorovaikutuksen onnistumisen lääkärin kanssa keskeiseksi osaksi paranemisprosessia. Pyysin potilasta pohtimaan tätä asiaa ja kertomaan myös, kuinka paljon hän kokee vuorovaikutussuhteen lääkärin kanssa vaikuttavan hoitotyytyväisyyteen ja hoitoon sitoutuneisuuteen. Potilas pohti asiaa seuraavasti: ”Vuorovaikutuksella on jopa suurempi merkitys kuin teknisellä osaamisella onnistuneessa hoitosuhteessa. Lääkärille avataan myös kipeitä asioita, jolloin vuorovaikutuksella on tärkein merkitys ja sillä että lääkäri on läsnä tilanteessa. Sillä [vuorovaikutuksella] on todella suuri merkitys. Jos vuorovaikutus ei toimi, ei potilas todennäköisesti sitoudu hoitoon yhtä hyvin kuin jos vuorovaikutussuhde olisi toiminut hyvin.”

Osion A viimeiset kysymykset koskivat kuulluksi tulemisen kokemusta ja vastaanoton tiedeviestintää eli lääketieteellisen tiedon esittämistä helposti ymmärrettävässä muodossa. Kuulluksi tulemisen potilas nosti lääkäri-potilassuhteen keskiöön todeten, että se on hänelle hyvin tärkeä osa koko hoitoprosessia: ”Jos en koe tulleen kuulluksi, niin lääkärikäynti ei ole onnistunut ja paranemisprosessi voi jäädä vaiheeseen, jos motivaatiota ei saa lääkäriltä.” Vastaanoton onnistuneen tiedeviestinnän potilas näki olevan myös hyvin tärkeässä roolissa, ”jotta potilas ymmärtää oman tilanteensa ja sen myötä pystyy vaikuttamaan omaan paranemisprosessiinsa, kun ymmärtää mistä on kyse. Se motivoi potilasta, kun ymmärtää täysin omaa sairauttaan”.

Haastattelun osio B liittyi potilaan selkä kivun hoitoprosessiin ja lääkäri-potilassuhteen vaikutukseen sen kulussa. Potilas hakeutui lääkäriin pitkittyneen alaselkävivun vuoksi. Kivut olivat jatkuneet useamman kuukauden ja lanneranka päädyttiin kuvantamaan keväällä 2019. Potilas kertoi haastattelussa, että vuorovaikutus lääkärin kanssa onnistui hyvin ensimmäisellä käynnillä: ”Lääkäri ymmärsi, että olen neuvoton kipujeni kanssa ja oli läsnä käynnillä ja pääsin jatkotutkimuksiin. Olin helpottunut.” Potilas kertoi myös, että koki tulleen kuulluksi, koska lääkäri otti hänen kertomansa tosissaan ja määräsi jatkotutkimuksia. Lannerangan magneettitutkimuslausunto alkuperäisessä muodossaan radiologian erikoislääkärin lausumana alla:



*NA3BG – Lannerangan magneettitutkimus*

*Lausunto:*

*5 lumbaalityyppistä nikamaa on linjassa. Hieman oikealle konveksia skolioosia. Oikoryhti. Voimakas Modic-1 ödeemi L4/5-välissä, diskus on madaltunut ja diskuksessa on dorsaalinen protruusio. Protruusio kaventaa molempia L5-lateraalirecessejä mutta ei aiheuta mekaanista stenoosia. Muut diskukset ovat normaalit, ei pinnepaikkoja. Ei juurikanavakaventumia.*

- voimakas Modic-1 ödeemi ja diskusprotruusio L4/5 mutta ei pinnepaikkoja*

Potilaalle ilmoitettiin kuvantamistuloksista puhelimitse: ”En ymmärtänyt sanaakaan puhelimitse käydyssä keskustelussa ja jäi epävarmuus, että mikä minulla oli.” Päällimmäisinä tunteina potilaalla olivat epävarmuus sekä pelko ja ahdistus siitä, kuinka vakavasta tilanteesta oli kyse. Tietämättömyys häiritsi todella paljon, mutta se ei kuitenkaan vaikuttanut kuulluksi tulemisen kokemukseen. Tähän oli omalta osaltaan vaikuttamassa se, että lääkäri teki potilaasta jatkolähetteen Fysiatrian poliklinikalle, jotta lannerangan löydöksen merkitys selviäisi.

Potilas sai lausunnon luettavakseen, mutta sen sisältö ei auennut lukemallakaan. ”Yritin internetistä selvittää lausunnosta joitain sanoja, mitä en ymmärtänyt puhelimitse käydyssä keskustelussa, mutta hoksasin pian, että en tee yksittäisillä sanoilla mitään” totesi potilas ja jatkoi, että epäselvyyden ja pelon tunteet olivat tuolloin päällimmäisinä. Potilaalle heräsi mieleen paljon kysymyksiä, joihin hän ei saanut vastauksia. Se herätti tunteen ”että jään yksin vaivani kanssa ja ei ole ketään, joka osaisi auttaa minua”. Tietämättömyys aiheutti potilaassa haavoittuneisuuden tunteen, jota hän ei päässyt jakamaan lääkärinsä kanssa; siinä vaiheessa kuulluksi tulemisen kokemus jäi saavuttamatta.

Lääkäri teki siis potilaasta vielä kuvantamisen jälkeen lähetteen Oulun yliopistollisen sairaalan Fysiatrian poliklinikalle, jotta jatkohoitotarpeet selviäisivät. Sen seurauksena potilas tuli minun vastaanotolleni. Ensin haastattelin ja tutkin hänet, sen jälkeen kävimme yhdessä läpi lausunnon eli lannerangan kuvantamislöydökset rankamallilla ja

kuvamateriaaleilla. ”Suomensin” lausunnon potilaalle ja kävimme läpi, miten löydökset selittävät hänen oireitaan ja kuinka hoitoprosessi tulisi etenemään. Potilas kertoi haastattelussa, että vuorovaikutuksen onnistuminen ja kuulluksi tulemisen kokemus herätti vastaanottokäynnin jälkeen iloa ja helpotusta, suuri merkitys oli myös lääketieteellisen tiedon esittämisessä ymmärrettävässä muodossa: ”... Ensimmäistä kertaa minusta tuntui, että ymmärrän mikä minulla on, kun selitit asiat niin selkeästi”.

Lääkärinä koin, että onnistunut vuorovaikutus ja viestintä johtivat siihen, että potilas ymmärsi paremmin oireidensa syyt saaden uskoa ja motivaatiota itsenäiseen kuntoutumiseen; hänestä tuli minun silmin aktiivinen osallistuja omassa hoitoprosessissaan. Esittäessäni tämän näkemykseni potilaalle, hän oli samaa mieltä: ”Tässä tilanteessa onnistuneella vuorovaikutuksella ja kuulluksi tulemisella on ollut todella suuri merkitys itselle.” Haastattelun lopuksi potilas pohtii, kuinka kuulluksi tulemisen kokemuksella on ollut hänelle todella suuri merkitys myös laajemmassa mittakaavassa; onnistunut vuorovaikutus on auttanut ”korjaamaan” aiempien epäonnistuneiden kokemusten vaikutusta omaan suhtautumiseen lääkärikäynteihin.

Haastattelun lopuksi näytin potilaalle vielä kyselytutkimuksen tulokset, jotka olen koonnut kuvaan 16. Lääkäri-potilasvuorovaikutussuhteen keskiössä ovat potilaiden kokemusten perusteella tieteestä viestiminen, henkilökemioiden kohtaaminen ja käytettävissä oleva aika. Potilaan mielestä nämä kuvastavat erinomaisesti onnistunutta lääkäri-potilasvuorovaikutussuhdetta tiivistäen kaiken oleellimmän.

## 6.2.2 Lääkäri

Lääkärin haastattelun toteutin kasvotusten keväällä 2020. Olin valmistellut kymmenen kysymystä (liite 3), jotka jaoin jälkikäteen analyysiä varten neljään kysymyskokonaisuuteen:

1. Lääkäri-potilasvuorovaikutussuhteen määrittely
  - kysymykset 1–2
2. Lääkäri-potilasvuorovaikutussuhteeseen vaikuttavat tekijät

- kysymykset 3–4
- 3. Onnistuneen vuorovaikutuksen merkitys hoitosuhteessa
  - kysymykset 5 ja 7
- 4. Tieteestä viestiminen vastaanotolla
  - kysymykset 6, 8–10

Haastateltava lääkäri määritteli lääkäri-potilasvuorovaikutussuhteen asiantuntijan ja apua hakevan väliseksi hoitosuhteeksi. Lääkäri pohti, että potilaat voi jakaa karkeasti kahteen ryhmään: toiset tulevat vastaanotolle hakemaan apua asiantuntijalta ongelmaan, jota eivät koe itse pystyvänsä ratkaisemaan, kun taas toinen joukko on jo itsenäisesti hakenut ”apua” internetistä ja tulee vastaanotolle hakemaan vahvistusta omaan näkemykseensä ongelmasta ja hoidosta. Usein käy niin, että asiantuntijan apua hakeva on tyytyväisempi, koska omalle näkemykselleen vain vahvistusta hakeva voi kokea jäävänsä yksin asian kanssa, jos lääkäri onkin eri mieltä tilanteesta. Lääkäri-potilassuhteen määrittely viestinnälliseksi prosessiksi, jossa luodaan ja jaetaan merkityksiä, oli lääkärille vieraampi lähestymistapa, mikä osoitti mielestäni hyvin alakohtaiset erot ilmiöiden määrittelyssä. Lääkäri pohti määritelmää siirrettävän tiedon näkökulmasta: potilas kertoo vastaanotolla itselleen merkityksellisistä asioista/ ongelmista ja lääkäri ottaa kantaa niihin, mihin ongelmiin voidaan puuttua ja mihin ei.

Kysyttäessä lääkäri-potilassuhteeseen vaikuttavista tekijöistä, lääkäri nosti esille potilaan asennoitumisen vastaanottotilanteeseen, mihin vaikuttaa keskeisesti potilaan aiemmat kokemukset lääkärissä käynneistä ja koko terveydenhuoltojärjestelmän toimivuudesta. Lääkäri pohti, että jos potilas ei luota terveydenhuoltojärjestelmään eikä lääkäreihin yleisellä tasolla, niin luottamuksen uudelleen rakentaminen voi viedä todella kauan. Jos siis potilas on kokenut aiemmin pettymyksiä eikä ole tullut kuulluksi, niin luottamus lääkäreihin on saattanut mennä ja se yleensä näkyy uudessakin kohtaamisessa. Toisaalta lääkäri totesi, että yllättäen ongelmia voi tulla myös potilaan kanssa, jolla on hyvin vakaa ja suuri luottamus lääkäreihin ja terveydenhuoltojärjestelmään. Tällöin potilaalle on voinut kehittyä jopa epärealistinen käsitys terveydenhuollosta ja sairauksien hoidosta. Hänellä voi aiempiin onnistuneisiin hoitoprosesseihin nojaten olla käsitys, että kaikki sairaudet ja ongelmat ovat nopeasti ratkaistavissa ja hoidettavissa. Tällöin potilas voi

turhautua ja kokea pettymyksiä joutuessaan tilanteeseen, jossa asiat eivät etenekään yhtä ”nopeasti ja tehokkaasti” kuin aiemmin, vaikka syy olisikin eri sairauden/ongelman erilainen hoitoprosessi eikä terveydenhuollon/lääkärin ”huonompi” toiminta.

Lääkäri esitti hyvän esimerkin potilaan vääristyneestä positiivisesta kokemuksesta: kardiologiseen eli sydäntoimenpiteeseen joutunut potilas ei välttämättä hahmota kuinka lähellä kuolemaa on käynyt, koska itse toimenpide on tehty niin nopeasti ja tehokkaasti, että potilaalle jää kuva ”helposti” hoidettavasta asiasta. Kliinisen kokemuksen mukaan tämä johtaa osalla potilaista siihen, etteivät he ota jatkohoitoa eli elämäntaparemonttia (lääkkeiden säännöllistä syömistä sekä terveellisen ruokavaliota ja liikuntaa) vakavasti. Potilaalla voi myös olla tämän jälkeen ”liian suuret” odotukset, että kaikki vaivat olisivat hoidettavissa yhtä nopeasti ja tehokkaasti. Potilaan aiempien kokemusten merkityksen lisäksi lääkäri nosti esille lääkärin kokemuksen, potilaan oman motivaation ja kulttuurierot. Lääkäri pohti kulttuurierojen merkityksen vuorovaikutussuhteessa nousseen esille kansainvälistymisen myötä entisestään, eri kulttuureista ja yhteiskuntajärjestelmistä tulevilla potilailla voi olla hyvin erilainen käsitys terveydenhuoltojärjestelmän toimivuudesta ja lääkäri-potilassuhteesta.

Kerroin tutkimustuloksista, joiden perusteella on todettu, että lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen vaikuttavat myös vahvasti henkilökohtaiset toiveet ja odotukset eli ei lääketieteelliset muuttujat. Lääkäri pohti näiden vaikuttavan keskeisesti lääkäri-potilassuhteeseen sekä hoito- ja paranemisprosessiin. Haasteena lääkärin mukaan on se, että ne eivät useinkaan ole julkituotuja. Potilaalla voi esimerkiksi olla mielessä jokin asia, jota hän ei kuitenkaan sanoita vastaanoton aikana. Esimerkkinä tästä lääkäri piti syövän pelkoa: potilaan läheinen on saattanut kuolla syöpään ja potilas voi pelätä syövän olevan myös hänen omien oireidensa taustalla, vaikka lääketieteellisesti katsottuna pelolle ei olisi perusteita. Pelko saattaa tulla esille vastaanoton aikana esimerkiksi potilaan kysyessä ohimennen asiasta. Toisaalta, jos potilas ei ota missään vaiheessa esille mielenpäällä olevia huolia tai taustatekijöitä, niin voi olla, että sen hetkisten oireiden hoidossa ei päästäkään eteenpäin. Näin ollen lääkärin pitäisi huomata kysyä niin potilaan toiveista kuin peloista; haastateltavan lääkärin mielestä se on iso osa vastaanoton tarkoitusta ja joskus jopa avain onnistuneeseen hoitosuhteeseen sekä paranemisprosessiin.

Seuraava käsiteltävä teema oli onnistuneen vuorovaikutuksen merkitys hoitosuhteessa. Kuten jo aiemmin mainittu, tutkimuksissa on osoitettu, että lääkärin niin sanottu biomedisiininen tekninen osaaminen ei yksistään riitä onnistuneen hoitosuhteen ja paranemisprosessin luomiseen, sillä potilaat kokevat syvällisen lääkärisuhteen ja vuorovaikutuksen onnistumisen lääkärin kanssa keskeiseksi osaksi paranemisprosessia. Lääkäri totesi onnistuneen vuorovaikutuksen olevan hyvin keskeinen osa koko hoito- ja paranemisprosessia: ”Jos potilas luottaa suhteeseen, niin voidaan rakentaa onnistunut käynti. Jos luottamus puuttuu, hoito ei todennäköisesti onnistu”. Lääkäri pohti luottamuksen syntyvän osan kanssa heti, mutta yleistäen voisi kumminkin todeta sen vaativan suurimman osan kanssa aikaa ja useita käyntejä. Niinpä vuorovaikutussuhde onnistuu yleensä vaivattomasti juuri niiden potilaiden kanssa, jotka ovat tuttuja jo vuosien ajalta. Tällaisissa pitkissä hoitosuhteissa ei tarvitse rakentaa luottamusta, se on rakentunut jo useiden käyntien aikana, ja vuorovaikutus on jouhevaa, koska molemmat osapuolet tavallaan jo tuntevat toisen tavan ”olla” suhteessa.

Sivusimme haastateltavan kanssa myös laajemmin terveydenhuoltoa koskettavaa ongelmaa, kuinka nykyään pitkä hoitosuhde alkaa olemaan harvinaisuus. Muun muassa väestörakenteen muutoksesta johtuva terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuva paine ja resurssipula on johtanut suorituskeskeiseen malliin, jonka seurauksena terveydenhuollon kontakti vaihtuu tiuhaan eikä pitkän hoitosuhteen rakentaminen ole mahdollista. Tästä kärsivät hyvin usein sekä potilas että lääkäri, mallin todellisesta kustannustehokkuudesta pitkällä aikavälillä voi mielestäni myös spekuloida. Aihe ei kaikessa mielenkiintoisuudessaan ole kumminkaan tämän tutkimuksen ydintä, joten emme jatkaneet tätä keskustelunhaaraa pidemmälle.

Kuulluksi tulemisen lääkäri näki keskeisenä osana hoito- ja paranemisprosessia, koska sen voi nähdä olevan ”potilaan tavoite tullessa vastaanotolle”. Sivusimme asiaa jo kysymyksen neljä kohdalla. Kuten lääkäri aiemmin totesi, potilaan toiveista ja peloista, suuremmassa mittakaavassa hänen odotuksistaan, on kysyttävä, koska siihen kiteytyy iso osa vastaanoton tarkoituksesta. Lääkäri muistutti, että juuri sen vuoksi potilaalle lähetettävässä esitietokaavakkeessa kysytään kirjallisesti potilaan toiveista vastaanoton suhteen ja kysymys sekä vastaus olisi myös käytävä läpi jokaisella vastaanotolla.

Lääkäri-potilassuhde on viestintätilanteena epäsymmetrinen haastateltavan lääkärin mielestä ja osittain se kietoutuu juurikin tieteestä viestimisen haastavuuteen, mistä johtuen niputin kysymyksen analysointivaiheessa tiedeviestintään liittyvään kokonaisuuteen. Lääkäri pohti epäsymmetrisyyden tulevan esille esimerkiksi tilanteissa, joissa potilas yrittää kertoa omista tuntemuksistaan, mutta ei löydä ”oikeanlaisia” sanoja kuvaamaan asiaa tai ei huomaa kertoa niistä asioista, jotka olisivatkin juuri lääkärille keskeisiä tietoja. Tavallaan potilas ei välttämättä itse tiedä mitä asioita pitäisi kertoa ja mitä ei, mikä johtuu osittain siitä, että potilaalla ja lääkärillä on ”eri kieli”. Samaisesta syystä lääkäri ei välttämättä onnistu selittämään potilaalle mistä oireet tai sairaus johtuu; lääkäri ei siis osaa selventää lääketieteellistä tietoa, ei osaa puhua tarpeeksi ”kansankielisesti”.

Ajautuimme haastattelussa siten jo syvälle tiedeviestinnän ytimeen. Lääkäri pohti, että vastaanotolla olisi käytettävä kieltä, joka on lähinnä kulloisenkin potilaan omaa arkea ja elämäntodellisuutta. Esimerkkinä lääkäri kertoi hätäntyneestä potilaasta, jolle oli vastattu virtsanäytetestin tulos: ”Virtsanäytteessä kasvua”. Potilas oli ymmärtänyt, että hänellä on kasvain ja pelkäsi kuolemaa. Kuka tahansa lääkäri sen sijaan ymmärtää, että tulos ”virtsanäytteessä kasvua” viittaa virtsassa todettuun bakteerikasvustoon ja siten virtsatieinfektioon eli hyvin tavalliseen ja helposti hoidettavaan vaivaan. Toisena esimerkkinä potilaan ”omasta kielestä” lääkäri kertoi insinööristä, jolle oli avautunut selkärangan välilevyjen toiminta vasta kun lääkäri oli huomannut puhua ”viskoporoelastisesta rakenteesta”. Lääkäri totesikin vastaanoton onnistuneella tiedeviestinnällä, eli lääketieteellisen tiedon esittämisellä helposti ymmärrettävässä muodossa, olevan hyvin keskeinen merkitys vuorovaikutus- ja hoitosuhteessa. Lääkäri muistutti kuitenkin siitä, että kaikki potilaat eivät edes halua tietää tarkemmin tieteellisistä yksityiskohdista tai eivät kestä katsoa esimerkiksi kuvia elimistön sisältä, monelle riittää tieto, että oireiden syy on selvinnyt ja siihen saa asianmukaista hoitoa. Lääkärin vastuulla on siis huomioida kunkin potilaan yksilölliset tarpeet jo pelkästään tiedonannollisesta näkökulmasta.

Näytin lääkärille haastatteleman potilaan lannerangan magneettikuvan lausunnon (katso s63). Pyysin häntä lukemaan tekstiä ”potilaan silmin” ja pohtimaan mitä tunteita se

mahdollisesti voisi herättää potilaassa, joka ei ole lääketieteen asiantuntija. Lääkäri totesi lausunnon sisältävän todella paljon lääketieteellisiä termejä, jotka eivät voi millään lailla avautua potilaalle, ”yksittäisiä sanoja, jotka tuttuja, muuten hepreaa”. Hän myös pohti asian olevan nykyään melko tavallinen ongelma, koska potilaat voivat lukea esimerkiksi juuri kuvantamisista kirjoitetut lausunnot suoraan internetin OmaKanta-palvelun kautta. Sen seurauksena potilas ei useinkaan ymmärrä lausunnon sisällön merkitystä ja saattaa saada hyvinkin väärän kuvan tilanteesta. Lääkäri näki myös ”googlella suomentamisen” suureksi ongelmaksi, koska yleensä pelkkien lääketieteellisten termien ”suomentaminen” ei riitä vaan tarvitaan asiantuntija tulkitsemaan löydösten kliininen merkitys. Termin suomennos ei siis ole yhtä kuin asian kliininen merkitys, ja tässä kohti nousee taas esille asiantuntijan rooli.

Viimeisenä haastattelun kysymyksenä tiedustelin, kuinka haastavana lääkäri kokee tieteen yleistajuistamisen. Hän totesi valmistumisen jälkeen asian olleen haastavaa, tuolloin tieteellisten termien kääntäminen ja yleistajuistaminen tuntui hankalalta eikä hän uskaltanut tehdä sitä, koska koki, että kääntäminen tai yleistajuistaminen saattaa johtaa virheisiin ja eksakti tiede kärsii. Kokemus on kuitenkin tuonut uskallusta ja ymmärrystä ”kansankielistämiseksi”, tärkeintä on esittää lääketieteellisen tiedon ydinsisältö siten, että potilas sen ymmärtää eikä se tarkoita eksaktin tieteen vääristämistä tai lääkärin asiantuntijuuden heikentymistä. Haastattelun lopuksi näytin lääkärille kyselytutkimuksen tulokset (kuva 16). Lääkärin mielestä tieteestä viestiminen, henkilökemioiden kohtaaminen ja käytettävissä oleva aika kiteyttävät hyvin lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen vaikuttavat tekijät.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tiedettä ja viestintää lääkäri-potilassuhteessa

Lääkärin ja potilaan välille muodostuu vastaanotolla viestinnällinen vuorovaikutussuhde, johon vaikuttaa niin sisältö (sairaus) kuin keskinäinen vuorovaikutus (kulttuuriset ja sosiaaliset vaikutteet sekä odotukset); osapuolet eivät varsinaisesti voi välttää tämän suhteen rakentumista (Gerlander 2003, Vatjus 2014). Suhteen päätavoite on lääkärin näkökulmasta saada selville potilaan oireet, niiden kesto ja luonne. Lääkäri selvittää oirekuvaa yleensä haastattelemalla ja tutkimalla fyysisesti. Löydösten ja potilaan kertoman perusteella lääkäri tekee diagnoosin ja tarvittavat jatkotoimet tavoitteenaan helpottaa potilaan tilaa ja käynnistää paranemisprosessi. Potilaan näkökulmasta suhteen tavoitteena on saada apua ongelmaansa, eli käytännössä sama tavoite kuin lääkäriillä. Kysymys on siis yhteistyöstä, tarkoituksena saavuttaa yhteinen päämäärä. Kliinistä lääkärin työtä tehneet kuitenkin tietävät varsin hyvin, että samaa sairautta potevat potilaat eivät aina parannu samoilla hoidoilla. Lääkäri-potilassuhdetta ei siten ole mielekästä tarkastella vain biomedisiinan kautta.

#### 7.1.1 Tiedonhankinta ja viestintä

Tämän tutkimuksen tavoite oli tarkastella lääkäri-potilassuhdetta tiedeviestinnällisestä näkökulmasta. Toteuttamassani kyselytutkimuksessa selvisi, että suurin osa potilaista kuuli oireidensa syystä ja diagnoosista ensimmäisen kerran lääkärin vastaanotolla (taulukko 2). Samanaikaisesti suurin osa potilaista etsi myös itsenäisesti tietoa sairaudestaan ja koki tietävänsä tarpeeksi siitä (taulukko 3). Hoitojen suhteen oma tietämystaso koettiin heikommaksi ja se myös häiritsi arjessa jonkin verran (taulukko 3). Internet oli suosituin tiedonhankintaväline, toiseksi suosituin oli vastausten perusteella lääketieteelliset lehdet ja kolmanneksi suosituin tuttavat. Kiinnostava yksityiskohta oli se, että tuttavat olivat tiedonlähteenä suositumpia ja ”käytetympiä” kuin kirjat.

Internetin suosio tiedonhankintavälineenä ei yllätä. On myös huomioitava, että periaatteessa internetin voi nähdä sisältävän kaikki muut vastausvaihtoehdot: kirjat,



lääketieteelliset lehdet, aikakausi- ja sanomalehdet sekä tuttavat. Kirjalliset materiaalit, olivat ne sitten paperiversiona julkaistuja kirjoja tai lehtiä, ovat nykyään pitkälti saatavissa internetistä. Samoin vertaistukiryhmien ja muiden keskustelupalstojen voi ajatella edustavan tuttavia. Se, että tuttavilta (kasvotusten tai internetin välityksellä) oli tiedusteltu sairauksista enemmän kuin etsitty tietoa kirjoista, on hyvin ymmärrettävää. Iso osa ihmisistä keskustelee ja jakaa kokemuksiaan sairauksistaan toisten ihmisten kanssa. Äärimmilleen vietyinä, painettujen kirjojen voi myös nähdä edustavan jo vanhentunutta tietoa, koska kirjan kirjoittamis- ja painatusprosessi ovat aikaa vieviä.

Kuten aiemmin todettu (katso s23), internetistä on tullut kaikille avoin kirjasto, josta voi itse etsiä tietoa aiheesta kuin aiheesta (Kunelius 2003, 50–51). Aiheeseen liittyvässä Duodecim-lehden haastattelussa (Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2014) Drake toteaa:

*Vaikka internetin tiedonhankinta sisältää joitakin karikkoja, on kansalaisten aktiivisesta tiedonhankinnasta ja sisällöntuotannosta koitunut myös paljon hyötyä. Kansalaiset ovat oppineet keskustelemaan, ilmaisemaan itseään ja jakamaan omia kokemuksiaan. Vertaistuen määrä on mittaamattoman arvokasta.*

Internet on muuttanut tiedonhankinnan ja yhteydenpidon maailman niin lääkärin kuin potilaan näkökulmasta, siitä tuskin kukaan on enää eri mieltä. Draken mainitsemia ”karikkoja” ei saa kuitenkaan vähätellä, vaikka internetin tiedonhaulliset ja yhteydenpidolliset edut ovatkin kumoamattomia. Tiedon luotettavuus on vakava asia erityisesti terveydestä puhuttaessa. Viime vuosina asiantuntijatahot ovat kiinnittäneet tähän entistä enemmän huomiota terveyshuuhaan ja kokemusasiantuntijuuden noustessa internetin ja sosiaalisen median trendi-ilmiöiksi.

Hyviä esimerkkejä asiantuntijoiden kehittämistä vastaliikkeistä edellä mainituille trendi-ilmiöille ovat muun muassa Antidootti-terveysportaali, Vastalääke.fi -sivusto ja Terveyskylä. Antidootti-portaali on lääketieteen tohtori Juhani Knuutin aloittama terveysblogisivusto, jonka tavoitteena on kirjoittaa terveysaiheista tutkittuun tietoon perustuen ja selkokielellä (Antidootti 2016). Knuuti on ollut mukana myös Vastalääke.fi -sivuston kehittämisessä. Vastalääke.fi on kansanvalistusseuran ja Turun lääketieteen

opiskelijoiden ylläpitämä suuren suosion saavuttanut sivusto, jossa julkaistaan terveysalan tutkimuksiin perustuvia selkokielisiä artikkeleita (Vastalääke.fi 2019). Sivusto voitti 11.3.2020 Vuoden journalistinen teko 2019 -palkinnon (Suuri Journalistipalkinto 2019). Terveystalon tuntuvat tietävän kaikki, Terveyskylä sen sijaan taitaa olla edelleen hieman tuntemattomampi. Terveyskylä on ”asiantuntijoiden yhdessä potilaiden kanssa kehittämä erikoissairaanhoidon verkkopalvelu”, jossa tarjotaan moniin eri sairausryhmiin liittyvää tietoa ja hoitoa potilaille sekä verkkotyökaluja ammattilaisille (Terveyskylä 2020).

Toin aiemmin esille Tuorilan pohdintaa potilaan voimaantumisen vaikutuksista hoitosuhteeseen ja laajemmassa mittakaavassa terveydenhuoltoon (katso s23). Tuorila argumentoi

*Terveystalon ammattilaisten näkökulmasta potilaiden voimaantumisen saatetaan katsoa heikentävän alan ammattilaisten valta-asemaa terveydenhuollossa. Ammattilaisten osaaminen ja arvovalta eivät vaarannu, jos palveluja tarvitseva henkilö tietää itsekkin jotain ja osaa kysyä asiantuntijalta lisätietoja. ... Ylhäältä alaspäin suuntautuvat määräykset eivät tuota terveyttä, vaan ihmisten itsensä on motivoituttava terveytensä vaalimiseen. (Tuorila 2013, 669.)*

Terveystalon ammattilaisten huoli ei kuitenkaan taida olla niinkään oman ”valta-aseman” heikkeneminen kuin potilaiden eli kanssaihminen terveys ja turvallisuus. On totta, että ihmisen itsensä olisi motivoituttava hoitoon, jotta se olisi tuloksellista. Tämä ei kuitenkaan ole ristiriidassa asiantuntijan ammattiroolin kanssa. Tai sen ei ainakaan tarvitsisi eikä pitäisi olla. Päin vastoin, tuoreissa kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että parhaat hoitotulokset saadaan silloin, kun potilas on tietoinen omasta vaikutusvallastaan ja roolistaan paranemisprosessissa, mutta sisäistää myös ammattilaisen merkityksen asiantuntijana hoidon suunnittelussa (Náfrádi ym. 2017).

Haastattelemani potilaan ja lääkärin pohdinnat ovat mielestäni linjassa edellä mainittujen kansainvälisten tutkimustulosten kanssa. Potilaan vastaukset osoittivat hyvin, kuinka pelkkä lääketieteellisen tiedon saaminen käsiinsä ei yleensä riitä potilaalle eikä edistä potilaan hoito- ja paranemisprosessia. Potilas toi esille ongelmansa kanssa yksin jäämisen

nostattamat pelon ja ahdistukseen tunteet sekä avuttomuuden yrittäessään ”suomentaa” saamaansa lausuntoa, joka edusti ammatilliselle suunnattua lääketieteellistä tietoa. Samoilla linjoilla oli kokenut lääkäri. Hän toi esille monta esimerkkiä, kuinka hätä on ollut suuri potilaan jäädessä yksin ammatilliselle suunnatun lääketieteellisen tiedon kanssa. Lääkäri totesi, että vastaanotolla olisi huomioitava aina kulloisenkin potilaan elämäntodellisuus sekä erilaiset tarpeet ja toiveet jo ihan tiedonannollisestakin näkökulmasta. Lisäksi lääkäri toi esille potilaankin pohtiman ”googlella suomentamisen” problematiikan: lääketieteellisten termien ”suomentaminen” ei pelkästään riitä, vaan tarvitaan asiantuntija tulkitsemaan löydösten klininen merkitys. Lääkärin ja potilaan pohdintoissa tulee mielestäni hyvin esille se, mikä nykyään tuntuu välillä unohtuvan: asiantuntijaa tarvitaan koska hän ”tuntee asian”.

Terveystieteiden alan ammattilaisten valta-asemasta puhuminen ja sen asettaminen vastakkain potilaan voimaantumisen kanssa ruokkii juurikin vääriä voimia, terveyshuuhaa ja kokemusasiantuntijuutta. Tutkimuksissa on todettu, että potilaan liiallinen voimaantuminen voi johtaa haitalliseen lopputulokseen, potilaan olettaessa olevansa kykenevä itsenäiseen hoitopäätökseen ylenkatsoessaan asiantuntijan tietämystä ja roolia (Náfrádi ym. 2017). Tämä ilmiö tuli esille myös haastateltavan lääkärin kanssa: hänen kokemuksensa mukaan vain omalle näkemykselleen vahvistusta hakevat potilaat ovat usein tyytymättömämpiä kuin asiantuntijan ammattiroolin sisäistäneet potilaat. Suomen Hammaslääkärilehden Faktoilla terveyshuuhaan kimppuun -artikkelissa (Nissinen 2019), jossa pääsee ääneen muun muassa Vastalääke.fi -sivuston ylläpitäjiin kuuluva Mia Muhonen, pohditaan tätä asiaa

*Terveys on jokaiselle henkilökohtainen asia, ja jokainen kokee olevansa oman terveytensä asiantuntija. Siksi terveyshuuhallekin löytyy paljon kysyntää. Eri kanavissa liikkuu valtavat määrät mielipidevaikuttajien terveysväitteitä, jotka voivat perustua täysin yksittäisten ihmisten omaan kokemukseen. Pahimmassa tapauksessa ne voivat olla toisten yksilöiden terveydelle haitallisia tai jopa vaarallisia. (Nissinen 2019.)*

Vatjus pohtii, viitaten Emanuelin ja Emanuelin (1992) sekä Mönkkösen (2007) tutkimuksiin, että asiantuntijakeskeinen paternaalinen malli voi vähentää potilaan

mahdollisuuksia vaikuttaa ja osallistua omaan hoitoonsa: ”Asiantuntijakeskeistä toimintaa ohjaavat asiantuntijoiden tai järjestelmän määrittämät tavoitteet ja tulkinnot. Asiantuntija ikään kuin näkee ilmiöiden todellisen luonteen, ja hänen tehtävänsä on saada asiakas tietoiseksi ilmiöiden välisistä suhteista, syistä ja seurauksista.” (Vatjus 2014, 20–21.) En kuitenkaan usko, että lääkäri-potilasvuorovaikutussuhteen ongelmana on asiantuntijan suurempi tietämys ilmiöstä tai edes valistuksellinen ote vuorovaikutustilanteessa. Päinvastoin koen lääkärin tehtävän olevan juurikin saattaa potilas tietoiseksi *ilmiöiden välisistä suhteista, syistä ja seurauksista*.

Samoilla linjoilla olivat haastattelemani potilas ja lääkäri. Potilas koki, että hoito- ja paranemisprosessi pääsi alkamaan vasta, kun hän oli saanut tarpeeksi tarkkaa ja ymmärrettävää tietoa sairaudestaan asiantuntijalta. Potilas nimenomaan kaipasi ammattilaista, joka saattoi hänet tietoiseksi *ilmiöiden välisistä suhteista, syistä ja seurauksista*. Samoin lääkärin kokemuksen mukaan asiantuntijan apua hakevat potilaat ovat tyytyväisempiä, kuin potilaat, jotka hakevat vain omalle näkemykselleen vahvistusta eivätkä luota asiantuntijan ammattirooliin. Kuten lääkäri totesi, tarvitaan asiantuntija tulkitsemaan löydösten kliininen merkitys, koska sitä potilas ei voi itse arvioida.

Lääkärin asiantuntijuus ei vääjäämättä johda epätasa-arvoiseen lääkäri-potilassuhteeseen. Se, että terveydenhuollonammattilainen säilyttää asiantuntijan roolinsa ei tarkoita sitä, että hän ei huomioisi potilaan kokemuksia ja näkemyksiä tai suhtautuisi ylimielisesti. Seuraavassa alakappaleessa esitän kootut tutkimustulokset, jotka vahvistavat käsitystäni, että todelliset vuorovaikutuksen ongelmat ovat muualla kuin asiantuntijan tietämystasossa tai valistuksellisessa otteessa, ja potilaat usein kaipaavat juuri lääkärin saattavan heidät tietoiseksi *ilmiöiden välisistä suhteista, syistä ja seurauksista*.

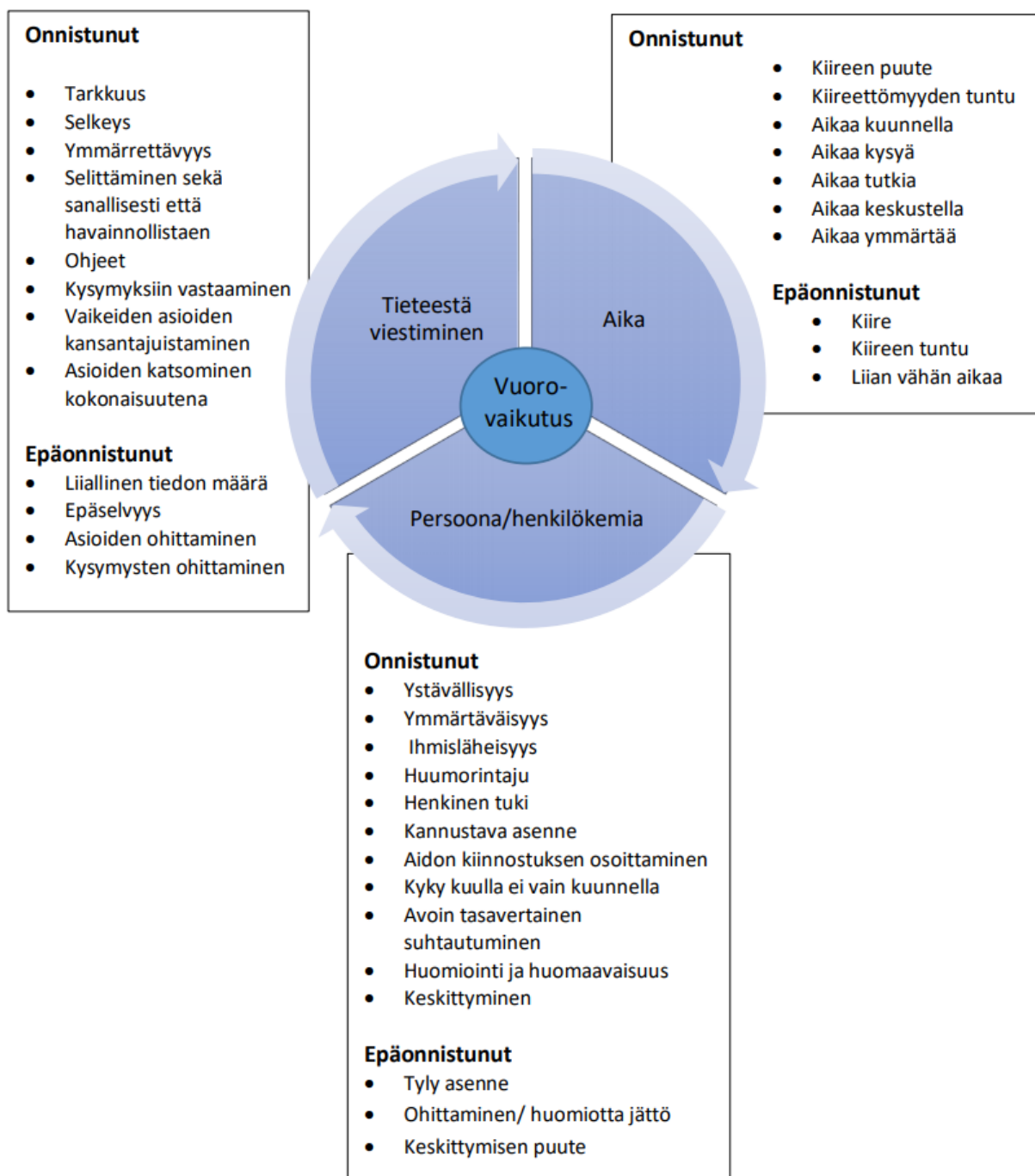
### 7.1.2 Vuorovaikutus ja viestintä

Kyselylomakkeen viimeinen vapaa osuus tuotti mielestäni paljon informaatiota, ja potilaiden vastauksissa nousi esille juuri niitä keskeisimpiä lääkäri-potilasvuorovaikutussuhdetta määritteleviä teemoja, mitä olin toivonut. Onnistunutta vuorovaikutussuhdetta kuvaamaan nostin aluksi pelkistetyt ilmaukset *aika*,

*persoona/henkilökemia* ja *asiantuntijuus*. *Aika* oli helppo, muuten pelkistettyjen termien valikointi oli mielestäni hyvin haastavaa. Potilaat kuvasivat monin sanoin lääkärin luonnetta ja persoonaa, samalla myös henkilökemioiden kohtaamista sekä tietynlaista yleistä terveydenhuollon ammattilaisen taitoa huomioda potilas. Päädyin valitsemaan pelkistetyksi termiksi *persoona/henkilökemia*, koska vastauksista välittyi tietynlainen lääkäriin henkilöityvä ilmaisu. Toisaalta vuorovaikutussuhteessa esimerkiksi hyvä huumorintaju liittyy enemmän henkilökemiaan kuin toisen osapuolen persoonaan. Samoin ihmiset voivat kokea ystävällisyydenkin hyvin eritavoilla.

Kolmas esille nouseva teema oli tiedon välitykseen liittyvä. Potilaat olivat tyytyväisiä selkeään, tarkkaan ja ymmärrettävään tiedonantoon heidän oireidensa syystä, mahdollisesta sairaudesta ja sen hoidosta. Aluksi nimesin teemaksi *asiantuntijuus*, sillä kuvailut liittyivät tietyllä tapaa varsinaiseen lääketieteeseen vastaanotolla ja sen tiedon siirtoon lääkäriltä eli asiantuntijalta potilaalle. Minua jäi häiritsemään kuitenkin ajatus, että asiantuntija voi olla vaikka alansa paras, mutta silti esittää ja jakaa tietämystään huonosti. Potilaiden vastaukset oikeastaan liittyivät nimenomaan viestintään vastaanotolla ja erityisesti lääketieteellisestä tiedosta viestimiseen, toisin sanoen tiedeviestintään. En halunnut kuitenkaan käyttää suoraan termiä tiedeviestintä, joten päädyin korvaamaan *asiantuntijuuden* termillä *tieteestä viestiminen*.

Epäonnistunutta vuorovaikutusta selittämään nostin ilmaukset *kiire*, *tietotekniikkaongelmat*, *persoona/henkilökemia* ja *epäonnistunut tieteestä viestiminen*. Aluksi hahmottelin onnistunutta ja epäonnistunutta lääkäri-potilasvuorovaikutussuhdetta kuvaavat erilliset kaaviot edellä esitettyjen pääteemojen perusteella. Asiaa lisää pohdittuani tulin siihen tulokseen, että potilaiden vastausten perusteella sekä onnistuneen että epäonnistuneen vuorovaikutuksen voi nähdä rakentuvan oikeastaan kolmen saman teeman ympärille: *aika*, *persoona/henkilökemia* ja *tieteestä viestiminen*. Hahmottelin näistä kaavion (kuva 16) esittämään lääkäri-potilasvuorovaikutussuhteeseen vaikuttavia tekijöitä.



**Kuva 16.** Lääkäri-potilasvuorovaikutussuhteeseen keskiössä ovat tieteestä viestiminen, henkilökemioiden kohtaaminen ja käytettävissä oleva aika.

Tutkimukseni tulokset ja tekemäni havainnot ovat linjassa aiempien kotimaisten ja kansainvälisten tutkimustulosten kanssa. Jo alan 1980–90-luvun kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, kuinka lääkärin ja potilaan välisellä sujuvalla viestinnällä on vaikutusta hoitoon sitoutumiseen ja hoitotuloksiin (esim. Roter ym. 1987, Hall ym. 1988, Clark & Mishler 1992, Ong ym. 1995). Samalla linjalla ovat olleet uudemmatkin tutkimukset (esim. Haskard Zolnierek & Dimatteo 2009, Salokekkilä 2011, Vätjus 2014, McCabe & Healey 2018). Haastatteleman potilas peräänkuulutti vuorovaikutuksen merkitystä: ”Vuorovaikutuksella on jopa suurempi merkitys kuin teknisellä osaamisella onnistuneessa hoitosuhteessa... Sillä on todella suuri merkitys. Jos vuorovaikutus ei toimi, ei potilas todennäköisesti sitoudu hoitoon yhtä hyvin kuin jos vuorovaikutussuhde olisi toiminut hyvin.” Samaa mieltä vuorovaikutuksen keskeisyydestä hoito- ja paranemisprosessissa oli myös haastatteleman lääkäri: ”Jos potilas luottaa suhteeseen, niin voidaan rakentaa onnistunut käynti. Jos luottamus puuttuu, hoito ei todennäköisesti onnistu.”

Luottamuksen merkitystä lääkäri-potilassuhteessa on korostettu (Ong ym. 1995, 904). Vaikka tähän tutkimukseen osallistuneet potilaat eivät varsinaisesti maininneet sanaa luottamus, niin vastauksista voi tulkita luottamuksen koostuvan potilaiden esille tuomista onnistuneen vuorovaikutuksen osasista (katso kuva 16). Haastatteleman lääkäri mainitsi luottamuksen useaan otteeseen ja oli sitä mieltä, että se on onnistuneen lääkäri-potilassuhteen perusta. Näyttäessäni hänelle kuvaa 16, hän totesi, että potilaiden vastauksista tulee hyvin esille luottamuksen rakennuspalikat. Myös haastateltava potilas koki luottamuksen koostuvan mainituista onnistuneen vuorovaikutuksen osasista. Luottamus liittyy mielestäni lääkäri-potilassuhteessa myös tiedon luotettavuuteen. Kuten jo aiemmin pohdittu, digitalisoituneen viestinnän ja internetin aikakaudella viestin luotettavuus on kyseenalaista (Kunelius 2003, 52). Vaikka potilaat hakevat tietoa internetistä, he usein toivovat saavansa luotettavaa tietoa juuri lääkäriltä. Toisin sanoen potilaat luottavat siihen, että lääkäriltä saatu tieto on luotettavaa. Vastaanotolta haetaan asiantuntijuutta, luotettavaa tiedonlähdettä, jonka tarkoituksena ei tarvitsisi kyseenalaistaa toisin kuin internetin terveystieteen kohdalla.

Vastaanotolta haetaan siis muun muassa asiantuntijuutta, tiedonlähdeä. ”Ensimmäistä kertaa minusta tuntui, että ymmärrän mikä minulla on, kun selitit asiat niin selkeästi” totesi haastattelemani potilas. Lääkärin odotetaan ja toivotaan viestivän tieteestä tarkasti, selkeästi ja ymmärrettävästi. Nämä kolme määrettä toistuivat potilaiden vastauksissa useaan otteeseen: *selitti tarkasti syyt kipuun* (P6), *hyvin selkeästi kertoi ja ymmärrettävästi mistä oireet johtuu* (P10), *tarkat ymmärrettävästi kerrotut ohjeet* (P11), *selitti asiat minulle selvästi* (P19), *kertoi selkeästi mistä mikäkin tod.näköisesti johtuu* (P24). Myös kuvilla ja malleilla havainnollistamista arvostettiin samoin ”kansantajuistamista”. Haastattelemani lääkäri pohti mielestäni varsin ansiokkaasti, kuinka olisi käytettävä kulloisenkin potilaan kanssa hänen ”omaa kieltään”, kieltä, joka on lähinnä potilaan omaa arkea ja elämäntodellisuutta. Kuten lääkäri totesi, tärkeintä on esittää lääketieteellisen tiedon ydinsisältö siten, että potilas sen ymmärtää. Tieteen yleistajuistaminen ei tarkoita tieteen vääristämistä tai asiantuntijuuden heikkenemistä, päinvastoin, se osoittaa kokemusta ja todellista viestinnällistä osaamista.

Lääkäri-potilassuhteen ydinsisältöön kuuluva tiedon siirto on kuitenkin kaksisuuntaista (katso kuva 12, s33). Vastaanotolta haetaan muutakin kuin tieteestä kertovaa asiantuntijaa. Ong ym. (1995, 904) ovat kuvanneet tiedonsiirron merkitystä suhteen osapuolille mielestäni varsin osuvasti: lääkäri haluaa tietoa voidakseen tehdä oikean diagnoosin ja valita sopivan hoidon, kun taas potilas haluaa tietoa tietääkseen ja ymmärtääkseen oireidensa syyn, mutta myös kokeakseen tietävänsä ja tulevansa ymmärretyksi. Tutkimustulokseni vahvistavat tätä näkemystä. Potilaiden vastauksissa ilmeni vahvasti sekä tarve saada selkeää ja ymmärrettävää tietoa oireidensa syystä että kokea tulleen ymmärretyksi. Tästä hyvänä esimerkkinä potilaiden P21 ja P24 vastaukset, joissa ihan erikseen todetaan lääkärin huomioineen suunnitelmissaan potilaan kertoman: toinen toteaa lääkärin *ymmärtäneen*, miksi hän hakeutui hoitoon ja toinen toteaa lääkärin *ottaneen huomioon* tutkimuksissaan potilaan tuntemukset ja havaitsemat oireet. Useampi potilas mainitsi erikseen lääkärin *kuunnelleen* potilasta (P1, P4, P8, P10, P21, P22 ja P24), vastauksista välittyi kokemus kuulluksi tulemisesta. Näkemystä vahvistaa myös tulos, että tietämättömyys häiritsi vähintään jonkin verran suurinta osaa potilaista (92 %), jotka eivät kokeneet tietävänsä itse tarpeeksi sairaudestaan ja kaikkia potilaita, jotka eivät kokeneet tietävänsä hoidosta tarpeeksi (katso taulukko 3, s53).



Kahden haastateltavan vastauksista on myös nähtävissä samansuuntainen ajatusmalli kuin edellä esitetyssä Ong ym. (1995, 904) määritelmässä. Haastateltava lääkäri määritteli lääkäri-potilassuhteen asiantuntijan ja apua hakevan väliseksi hoitosuhteeksi, potilas puolestaan käytännöksi, jonka tavoitteena on selvittää potilaan oireiden perusteella sairaus ja sen hoito. Molemmat painottivat kuitenkin sairauden syyn ja hoidon selvittämisen lisäksi potilaan tarvetta tulla ymmärretyksi. ”... Potilas ymmärtää oman tilanteensa ja sen myötä pystyy vaikuttamaan omaan paranemisprosessiinsa, kun ymmärtää mistä on kyse. Se motivoi potilasta, kun ymmärtää täysin omaa sairauttaan” pohti haastateltava potilas. Haastateltava lääkäri puolestaan totesi kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisen olevan potilaan tavoite hänen tullessaan vastaanotolle, joten sitä ei saisi sivuuttaa.

Tutkimuksissa on todettu, että sujuva ja onnistunut lääkäri-potilasvuorovaikutussuhde vaatii lääkäriltä muun muassa aidon kiinnostuksen osoittamista, ystävällisyyttä, huumorintajua, auttamisenhalua, rehellisyyttä, sitoutumishalua ja tasa-arvioista asennetta potilasta kohtaan (esim. Ong ym. 1995, Haskard Zolnierek & Dimatteo 2009, Salokekkilä 2011, Vatjus 2014, McCabe & Healey 2018), mikä on täysin linjassa tutkimustulosteni kanssa. Potilaiden kuvailuissa esiintyi paljon lääkäreitä ja hänen asennettaan kuvaavia ilmaisuja kuten *kannustus ja henkinen tuki* (P5), *lääkärin aito kiinnostus* (P8), *avoin tasavertainen suhtautuminen potilasta kohtaan* (P22), *huumorintaju* (P22) sekä *ystävällisyys* (P2, P3, P6). Haastattelemani potilas pohti vuorovaikutuksen pohjautuvan kuulemiseen ja kuuntelemiseen, lääkärin aitoon läsnäoloon.

Lääkärin persoonallisuus ja luonne, lääkärin ja potilaan välinen henkilökemia nousee siis suureksi tekijäksi luodessa hyvää ja onnistunutta vuorovaikutussuhdetta, siihen vaikuttaa suuresti niin sanallinen kuin ei-sanallinen viestintä. Ei-sanallista viestintää ovat muun muassa asento, katse, ilmeet ja eleet. Niin tietoisien kuin ei-tietoisien ei-sanallisen viestinnän tiedetään vaikuttavan kaikissa vuorovaikutussuhteissa (Hall ym. 2019, 274). Sanattoman viestinnän merkeillä on suuri merkitys ja vaikutus suhteeseen, sillä ne voivat kertoa todellisesta keskinäisestä suhtautumisesta silloinkin, kun osapuolet haluaisivat antaa tietyn vaikutelman (Gerlander 2003, Vatjus 2014). Yksi potilas (P17) oli tuonut esille lääkärin vastaanoton aikana muuttuvan asenteen: ”Aluksi lääkäri oli tylyhkö...

Loppua kohti lääkärin asenne muuttui parempaan päin.” Potilas perusteli kokemustaan tyylystä alkukohtaamisesta lääkärin esittämällä *Mitäs te täällä teette* -kysymyksellä. Emme voi tietää muuttuiko lääkärin omasta mielestä hänen asenteensa vastaanoton aikana tai kokiko hän edes olleensa tyyli. On ihan normaali käytäntö aloittaa vastaanotto kysymällä potilaalta, miksi hän on hakeutunut arvioon eli varsinaisesti kysymys yksistään ei sanallisena viestintänä pitäisi vielä johtaa tyyliin kokemukseen.

Edellä kuvattu potilaan pohdinta osoittaa mielestäni suoran sanallisen viestinnän merkityksen lisäksi ei-sanallisen viestinnän keskeisyyden vuorovaikutussuhteessa. ”Erilaiset viestinnässä kuuluvat pienetkin vihjeet, äänenpainot ja -sävyt ja ei-sanallinen viestintä, paljastavat vuorovaikutuksessa sen, millaisena suhteen osapuolet näkevät suhteen ja itsensä suhteessa sekä miten he suhtautuvat toisiinsa ja tulkitsevat toisen suhtautuvan itseensä” kirjoittaa Vatjus (2014, 17). Voisi siis päätellä, että ehkä jokin lääkärin ei-sanallisessa viestinnässä on aiheuttanut potilaalle (P17) epämiellyttävän tunteen, jonka seurauksena potilas on ehkä varautunut ja vuorovaikutus ei ole lähtenyt parhaalla mahdollisella tavalla käyntiin. Toisaalta vastauksesta on kuultavissa, että molemmat osapuolet ovat olleet avoimia vuorovaikutussuhteessa, koska potilas tuo kuitenkin esille kokemuksensa siitä, että lääkärin asenne muuttui paremmaksi vastaanoton aikana. Lisäksi potilas oli kysymysten 10-12 perusteella kokenut tulleen täysin kuulluksi ja lääkärin myös onnistuneen viestinnässä osittain.

Lääkärin ja potilaan välisen henkilökemian ja tiedonsiirron lisäksi esille nousi aika. Kliinisen kokemuksen perusteella potilaiden käsitys vastaanottoajasta vaihtelee; aina ei käsitetä, että vastaanottoaika sisältää laskennallisesti potilaan haastattelun ja tutkimisen lisäksi potilaan papereihin tutustumisen sekä tarvittavien läheteiden ja lausuntojen tekemisen. Kyselytutkimuksessa ilmenneiden vastausten perusteella, suurin osa potilaista kuitenkin tuntui pitävän tunnin vastaanottoa riittävänä aikana. Tässä heijastuu selvästi vertailu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä: terveyskeskuksissa vastaanottoaika on yleensä 15–30 minuuttia, tyypillisimmin 20 minuuttia (toki myös 10-60 minuutin ajat ovat mahdollisia). 20 minuutin vastaanottoaika sisältää laskennallisesti kaikki edellä mainitut vaiheet. Näin ollen on ymmärrettävää, että tunnin aika tuntuu suurimmasta osasta potilaista positiivisessa mielessä riittävältä.

Vastauksissa oma huomioni kiinnittyi nimenomaan *kiireettömyyden tuntuun*, lääkärin kykyyn luoda potilaalle tunne, että aikaa on, jos ei loputtomasti, niin ainakin riittävästi. Todennäköisesti lääkärin päivä ei ole kiireetön, vaikka vastaanotolla saisikin luotua kiireettömyyden tunnun. Iso tekijä kiireettömän tunnelman luonnissa on varmasti se, että antaa potilaan puhua vastaanoton aluksi keskeyttämättä. Keskustelin tästä haastateltavan lääkärin kanssa ja hän pohti, että kiireettömyyden tuntua saa luotua myös kysymällä aktiivisesti vastaanoton loppupuolella potilaalta, että onhan kaikki mielen päällä olleet asiat käyty läpi. Tällöin potilaalle ei jää tunnetta, että asioita ei ehditty ottamaan edes puheeksi kiireen vuoksi.

Tutkimusten perusteella epäonnistuneeseen lääkäri-potilassuhteen on liitetty liian vähäinen aika ja kiireen tuntu, potilaan mielipiteen ja kokemusten huomiotta jättäminen sekä epäselvät hoito-ohjeet (Roter & Hall 2006). Nämä kaikki tulivat esille myös tässä tutkimusaineistossa (kuva 16). Potilaat tuntuivat yhdistävän liian lyhyen vastaanottoajan avoimeksi jääviin kysymyksiin: *Liian lyhyt käyntiaika jättää kysymyksiä paljon ilmaan* (P18). *Vastaanottoaika olisi voinut olla pidempi. Nyt tuntui siltä, että vaikka asiaan saatiin selvyyttä, ei aikaa riittänyt käydä perusteellisesti läpi* (P20). Asioiden ja kysymysten ohittaminen ärsytti yleisellä tasolla, se tuntui johtavan ajatukseen potilaan huomiotta jättämisestä. Engeström ja Ruusuvuori (2003, 306) ovat todenneet potilaiden kokevan lääkärin huomion kiinnittymisen muualle (esimerkiksi tietokoneeseen) hankalana vuorovaikutuksen kannalta. Tässä tutkimuksessa moni potilas kiitteli lääkärin keskittymistä potilaaseen kokien sen olevan tärkeä osa onnistunutta vuorovaikutusta, josta voi päätellä, että epäonnistuneeseen vuorovaikutukseen liittyy päinvastainen tilanne eli lääkärin huomion kiinnittyminen muuhun kuin potilaaseen. Potilaat kuvasivat epäonnistuneen vuorovaikutuksen johtuvan tiivistettynä kiireestä, huomiotta jättämisestä ja epäselvistä ohjeista. Teemat aika, persoona/henkilökemia ja tieteestä viestiminen nousivat siten myös epäonnistuneen vuorovaikutuksen ytimeen, mutta päinvastaisina kuin onnistuneessa vuorovaikutuksessa. Niinpä päädyin yllä esitettyyn kehäkaavioon (kuva 16), jossa kaikki kolme elementtiä (aika, persoona/henkilökemia, tieteestä viestiminen) liittyvät toisiinsa ja ovat rakentamassa vuorovaikutusta, niin onnistunutta kuin epäonnistunutta.

Keskityn tässä tutkimuksessani potilaiden kokemuksiin, ainoastaan yhtä lääkäriä on haastateltu aiheesta. Haastatellun potilaan ja lääkärin pohdinnat ovat kuitenkin olleet saman linjaisia niin keskenään kuin kyselytutkimukseen osallistuneiden potilaiden vastausten ja aiempien tutkimustulosten kanssa. Viitettä siitä, että lääkäreitä häiritsee lähtökohtaisesti samat asiat kuin potilaita, antaa tuoreen Lääkärin työolot ja terveys 2019 -tutkimuksen tulokset. Kysyttäessä lääkäreiltä (n=2870) työn kuormittavuustekijöistä, kiire ja sen aiheuttama paine nousi eniten kuormittavaksi yksittäiseksi tekijäksi, toiseksi nousi huonosti toimivat tietotekniset laitteet/ohjelmat ja kolmanneksi liian vähäinen aika tehdä työt kunnolla. Nämä kolme tekijää kuormittivat yli 50 % vastanneista. (Väyrynen 2020.)

Mielestäni edellä mainitut tutkimustulokset ovat linjassa omien tutkimustulosteni kanssa. Potilaiden mainitsema aika tulee vahvasti esille ja lääkärin näkökulmasta siihen voi liittyä myös vuorovaikutuksen kaksi muuta osaa, persoona/henkilökemia ja tieteestä viestiminen: jos tietojärjestelmä ei pelaa ja aikaa ei ole, niin voi olla hyvin hankalaa viestiä tarpeeksi selkeästi ja tarkasti sekä olla läsnä hetkessä ystävällisenä ja huomaavaisena. Samaan aikaan kun vaaditaan huomioimaan kaikki seuraavat kymmenen aulassa odottavaa potilasta. Kuten jo aiemmin mainittu, lääkäri-potilassuhteessa on kysymys yhteistyöstä, tarkoituksena on saavuttaa yhteinen päämäärä. Näin ollen ei ole ihme, että myös näkemykset ja kokemukset vuorovaikutuksesta ovat yhteneviä, vaikka tilannetta tarkastellaankin pöydän eri puolilta.

## **7.2 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet**

Tutkimuksen vahvuutena oli edustava tutkittavien joukko. Tutkimukseen osallistuneet edustivat erinomaisesti suomalaisväestön yleistä koulutustasoa sekä ikä- ja sukupuolijakaumaa (Suomen virallinen tilasto 2018). Näin ollen voidaan todeta, että tutkimukseen osallistuneet edustavat taustatiedoiltaan hyvin koko väestöä, vaikka otoskoko oli suhteellisen pieni, ja tulosten tulkintaan vaikuttaa toki moni muukin tekijä. Edustavasta otoksesta kielii myös se, että tutkimustulokset olivat linjassa aiempien kotimaisten ja kansainvälisten tutkimustulosten kanssa (esim. Haskard Zolnierek &

Dimatteo 2009, Salohekkilä 2011, Vajus 2014, McCabe & Healey 2018). Lisäksi tutkimusmateriaali tarjosi selkeät vastaukset molempiin tutkimuskysymyksiin eli voidaan todeta tutkimuksessa tutkitun sitä, mitä on alun perin suunniteltu tutkittavan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136). Myös anonymiteetin toteutumista voidaan pitää vahvuutena. Kyselytutkimukseen osallistuneiden potilaiden henkilötietoja ei kerätty ja molemmat haastateltavat osallistuivat täysin nimettöminä tutkimukseen, vain tutkimuksen tekijällä on heidän henkilötietonsa.

Tutkimuksessa keskitytään potilaiden kokemuksiin viestinnän ja vuorovaikutuksen merkityksestä hoitosuhteesta eli vastaukset kuvastavat vain vuorovaikutussuhteen toisen osapuolen näkemyksiä, mitä voi pitää tutkimuksen yhtenä heikkoutena. Toisaalta se on edeltä käsin tutkimussuunnitelmassa tietoisesti tehty ratkaisu, joka on perusteltu aiemmin. Myös hyvin tärkeät kulttuurisidonnaiset vaikutukset tutkittavaan vuorovaikutussuhteeseen jätettiin tietoisesti pois tutkimuksesta. (Katso luku 5.1.2, s41.) Tutkimus on toteutettu vain yhden lääketieteen erikoisalan poliklinikan potilailla, mikä vaikuttaa tulosten yleistettävyyteen. Kuten jo aiemmin mainittu, alakohtaiset erot vuorovaikutussuhteissa voivat olla suuria liittyen eri erikoisalojen toisistaan poikkeaviin piirteisiin. Toisaalta kansainvälisissä tutkimuksissa on saatu täysin samansuuntaisia tuloksia riippumatta erikoisalasta, jonka alaisuudessa tutkimus on tehty (Haskard Zolnierek & DiMatteo 2009). Aineisto on kerätty kyselylomakkeella, ja osallistuminen tutkimukseen oli täysin vapaaehtoista, mikä on voinut johtaa tutkimusharhaan. On mahdollista, että kyselylomakkeen ovat palauttaneet keskivertoa tyytyväisemmät potilaat, koska he ovat halunneet tuoda esille kiitoksensa. Toisaalta on mahdollista, että tyytymätön potilas saa mahdollisuuden tuoda pettymyksensä esille vastaamalla kyselyyn.

### **7.3 Jatkotutkimusehdotukset**

Vuorovaikutuksen ja siihen liittyvän viestinnän merkitys hoitosuhteesta olisi hyvä huomioida kehitettäessä entistä parempia ja tehokkaampia hoitomalleja sekä koulutettaessa terveydenhuollon ammattilaisia. Tulevissa tutkimuksissa olisi keskeistä tarkastella vuorovaikutussuhteen molempien osapuolien näkemyksiä. Kuten aiemmin todettu, lääkärin työhyvinvointitutkimukset osoittavat, että lääkärin ja potilaiden

näkemykset ovat samansuuntaisia pohdittaessa onnistunutta vastaanottokäyntiä ja lääkäri-potilassuhdetta. On muistettava, että aito vuorovaikutus- ja viestintätaitojen kehittäminen vaatii molempien osapuolien kuulemista ja kuuntelemista.

Uusissa tutkimuksissa voisi huomioida eri lääketieteen erikoisalojen erityispiirteet, olisi myös mielenkiintoista toteuttaa vertailevaa tutkimusta eri erikoisalojen välillä, esimerkiksi operatiivisen (kirurgia) ja konservatiivisen (esimerkiksi juuri fysiatria) puolen välillä. Kansainvälistymisen myötä kulttuurisidonnaiset tekijät ovat nousseet entistä ajankohtaisemmaksi: lääkäri-potilassuhde voi olla hyvin erilainen eri kulttuureissa ja se olisi huomioitava hoitotyössä. Niinpä tutkimusta kulttuurisidonnaisten tekijöiden ilmenemisestä ja vaikutuksista tarvitaan ehdottomasti lisää. Myöskään muita hoitosuhteita ei kannata unohtaa: lääkäri on vain yksi terveydenhuollon ammattilainen, joten tutkimuksia voisi toteuttaa myös muiden ryhmien kohdalla.

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkimuksessa pyrin selvittämään viestinnän merkityksestä lääkäri-potilassuhteessa: kuinka kuulluksi tulemisen kokemus vaikuttaa lääkäri-potilasvuorovaikutussuhteen onnistumiseen ja sitä kautta potilastyytyväisyyteen sekä miten potilaat kokivat lääkärin onnistuvan lääketieteellisen tiedon yleistajuistamisessa. Tutkimuskysymykset olivat:

Mitkä tekijät vaikuttavat potilaiden kokemuksen mukaan

1. lääkäri-potilasvuorovaikutussuhteeseen ja kuulluksi tulemisen kokemukseen?
2. lääkärin onnistuneeseen tieteestä viestimiseen?

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että lääkäri-potilasvuorovaikutussuhteen keskiössä ovat tieteestä viestiminen, henkilökemioiden kohtaaminen ja käytettävissä oleva aika. Potilaat yhdistävät onnistuneen vuorovaikutuksen ja kuulluksi tulemisen kokemuksen lääkärin ystävälliseen ja ihmisläheiseen sekä ymmärtäväiseen asenteeseen, kykyyn kuunnella ja kuulla, olla läsnä ja huomioda potilas. Tähän yhdistetään vahvasti myös käytettävissä oleva aika ja kiireettömyyden tuntu. Lääkärin tieteestä viestimisen odotetaan puolestaan olevan tarkkaa, selkeää ja ymmärrettävää, yleistajuistaminen on toivottavaa. Tutkimustulokseni ovat linjassa aiempien kotimaisten ja kansainvälisten tulosten kanssa vahvistaen näkemystä lääkäri-potilassuhteeseen vaikuttavista vuorovaikutuksellisista ja viestinnällisistä piirteistä.

## 9 LOPUKSI

Tietynlainen pragmaattisuus eli käytännönläheisyys leimaa lääkärin työtä ja ammattia, sen kautta yleensä myös suhtautumista asioihin laajemmassa mittakaavassa kuin vain työssä. Lääketiede ja lääkärin professio juontavat juurensa hyvin kauas menneisyyteen, perinteikkyyks on edelleen läsnä niin hyvässä kuin pahassa. Lääketieteen viestimisestä huokuu usein perinteinen käsitys valistuksesta: välitetään ja levitetään yleisölle hyödyllistä tietoa, joka kehittää yksilöä ja yhteisöä. Terveysvalistajasta ”lifecoachiksi” on vielä pitkä matka – 2020-luvultakin. Identiteetiltäni ja ammatiltani lääkärinä en kuitenkaan itse koe suureksi haitaksi lääketieteestä viestimisen valistuksellisia piirteitä. Tutkimustulosteni perusteella potilaatkin arvostavat suuresti tarkkuutta, selkeyttä ja ymmärrettävyyttä viestittäessä lääketieteestä. Jätänkin ilmaan pohdittavaksi kysymyksen: onko niin väärin valistaa tänä totuudenjälkeisenä aikana?

Viestinnän valistukselliset piirteet eivät vääjäämättä johda epätasa-arvoiseen lääkäri-potilassuhteeseen. Vaatii toki tilannetajua- ja taitoa onnistua luomaan aidosti avoin, turvallinen ja tasa-arvoinen, mutta samalla asiallinen, vuorovaikutussuhde vastaanotolla. Hoitotilanteessa ja -suhteessa ihminen on usein haavoittuvaisimmillaan, minkä vuoksi hoitosuhde on vuorovaikutustilanteena hyvin latautunut. Ystävällisyys, ihmisläheisyys ja kiireettömyys taitavat kuitenkin olla asioita, joita me kaikki kaipaamme kohtaamisissa, oli sitten vastassa fysiatri, kirurgi, yleislääkäri tai vaikkapa kaupankassa, opettaja, bussikuski. Haasteeksi jäänee siis kohdata ihminen ihmisenä, oli hetki kuinka ohikiitävä tahansa.

*Kiitän suuresti kaikkia tutkimukseen osallistuneita potilaita ja kollegoita sekä esitän erityiskiitokset haastatteluun suostuneelle potilaalle ja lääkärille.*

*Oulussa, keväällä 2020*

*Marella Modarress*



## LÄHTEET

- Aarva Pauliina (1991). *Terveysvalistuksen kuvia ja mielikuvia: tutkimus terveysjulisteiden vastaanotosta*. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Antidootti (2016). *Antidootti*. <https://antidootti.fi/#ankkuri1> (käytetty 16.03.2020).
- Beach Mary & Inui Thomas (2006). Relationship-centered Care: A Constructive Reframing. *Journal of General Internal Medicine* 21(1), 3–8.
- Borrell-Carrió Francesc, Suchman Anthony & Epstein Ronald (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine* 2(6), 576–82.
- Castiglioni Arturo (1975). *A History of Medicine*. Kääntänyt englanniksi Krumbhaar E. Jason Aronson, Inc. New York.
- Cegala Donald (2003). Patient communication skills training: a review with implications for cancer patients. *Patient Education and Counseling* 50(1), 91–94.
- Clark Jack & Mishler Elliot (1992). Attending to patients' stories: reframing the clinical task. *Sociology of Health & Illness* 14(3), 344–372.
- Drake Merja (2009). *Terveysviestinnän kipupisteitä: Terveystiedon tuottajat ja hankkijat Internetissä*. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Engeström Ritva (1999). *Toiminnan moniäänisyys: Tutkimus lääkärinvastaanottojen keskusteluista*. Väitöskirja. Helsinki: Helsinki University Press.
- Engeström Ritva & Ruusuvuori Johanna (2003). Puhe lääkärin työvälineenä ja laadullisen tutkimuksen kohteena. *Läketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 119(4), 303–311.
- Facan Brian (2001). *People of the Earth: An Introduction to Worlds Prehistory*. 10. painos. New Jersey: Prentice Hall.
- Forsius Arno (2001). *Ihmisiä lääketieteen historiassa*. Suomen lääkäriliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Gadamer Hans-Georg (2004). *Hermeneutiikka: Ymmärtäminen tieteissä ja filosofiassa*. Tampere: Vastapaino.
- Gerlander Maija (2003). *Jännitteet lääkärin ja potilaan välisessä viestintäsuhteessa*. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Gordon Geoffrey (2003). Care not cure: dialogues at the transition. *Patient Education and Counseling* 50(1), 95–98.

Hall Judith, Roter Debra & Katz Neil (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care* 26(7), 657–75.

Hall Judith, Horgan Terrence & Murphy Nora (2019). Nonverbal Communication. *Annual Review of Psychology* 70, 271–994.

Halmesvirta Anssi (1998). *Vaivojensa vangit: Kansa kysyi, lääkärit vastasivat – historiallinen vuoropuhelu 1889–1916*. Jyväskylä: Atena Kustannus Oy.

Haskard Zolnieriek Kelly & DiMatteo Robin (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Medical Care* 47(8), 826–834.

Herodotus. *Herodotus Histories*. Kääntänyt englanniksi Rawlinson G. Hertfordshire: Wordsworth Editions Limited (1996).

Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula (2005). *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Hämeen-Anttila Jaakko (2006). *Sinunkin juuresi ovat Iranissa*. Tiede 6: 52–57.

Joutsivuo Timo (1999). *Scholastic Tradition and Humanist Innovation: The concept of Neutrum in Renaissance Medicine*. The Finnish Academy of Science and Letters. Saarijärvi: Gummerus.

Jyväskylän yliopiston Koppa (2015). *Koppa: Empiirinen tutkimus*. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/empiirinen-tutkimus> (käytetty 15.2.2020).

Jyväskylän yliopiston Koppa (2015). *Koppa: Määrällinen tutkimus*. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus> (käytetty 15.2.2020).

Jyväskylän yliopiston Koppa (2015). *Koppa: Laadullinen tutkimus*. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus> (käytetty 15.2.2020).

Järvi Ulla (2011). *Media terveyden lähteillä: Miten sairaus ja terveys rakentuvat 2000-luvun mediassa*. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Karvonen Erkki, Kortelainen Terttu & Saarti Jarmo (2014). *Julkaise tai tuhoudu!: Johdatus tieteelliseen viestintään*. Tampere: Vastapaino.

Karvonen Erkki (2017). *Johdatus viestintään. Luento 2. Merkitysoipilliset perusteet: kieli, merkitys, teksti ja kuva*. Luentodia. Informaatiotutkimus ja viestintä. Oulun yliopisto.

Koivisto Kaisa (2003). *Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi*. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.

- Kokko Seija (2004). *Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä: Arvoteoreettinen näkökulma mielenterveystyöhön*. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.
- Koponen Jonna (2012). *Kokemukselliset oppimismenetelmät lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutuskoulutuksessa*. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Korpela Jukka (2015). *Länsimaisen yhteiskunnan juurilla: Jumalan laista oikeusvaltion syntyyn*. Helsinki: Gaudeamus.
- Kortti Jukka (2016). *Mediahistoria: Viestinnän merkityksiä ja muodonmuutoksia puheesta bitteihin*. Helsinki: SKS.
- Kunelius Risto (2003). *Viestinnän vallassa: Johdatus joukkoviestinnän kysymyksiin*. Helsinki: WSOY.
- Larivaara Pekka, Lindroos Sirpa & Heikkilä Taina (2009). *Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto*. Helsinki: Duodecim.
- Lyons Jonathan (2009). *The House of Wisdom: How the Arabs Transformed Western Civilization*. New York: Bloomsbury Press.
- Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim (2014). *Media muuttaa käsityksiä terveydestä*. <https://www.duodecimlehti.fi/duo11844> (Käytetty 24.03.2020).
- McCabe Rose & Healey Patrick (2018). Miscommunication in Doctor–Patient Communication. *Topics in Cognitive Science* 10(2), 409–424.
- Modarress-Sadeghi Mahsa, Oura Petteri, Junno Juho-Antti, Niemelä Maisa, Niinimäki Jaakko, Jämsä Timo, Korpelainen Raija & Karppinen Jaro (2019). Objectively Measured Physical Activity Is Associated With Vertebral Size in Midlife. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 51(8), 1606–1612.
- Mönkkönen Kaarina (2002). *Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena: Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa*. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Mönkkönen Kaarina (2007). *Vuorovaikutus: Dialoginen asiakastyö*. Helsinki: Editat.
- Náfrádi Lilla, Nakamoto Kent & Schulz Peter (2017). Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One* 12(10):e0186458. doi:10.1371/journal.pone.0186458.
- Nissinen Annika (2019). Faktoilla terveyshuuhaan kimppuun. *Suomen Hammaslääkärilehti* 9.12.2019. <https://www.hammaslaakarilehti.fi/fi/uutinen/faktoilla-terveyshuuhaan-kimppuun> (Käytetty 16.03.2020).

Ong Lucille, de Haes Johanna, Hoos AM, Lammes Frits (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine* 40(7), 903–918.

Ong Walter, Zlatic Thomas & Van den Berg Sara (2017). *Language As Hermeneutic: A Primer on the Word and Digitization*. Ithaca: Cornell University Press. s.61–66.

Pelkonen Risto (2004). *Hippokrateen perintö*. Teoksessa: Larsen Andreo (toim.) *Antiikin lääketieteen perintö*. Helsinki: Yliopistopaino, Helsinki University Press. s.85–97.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (2019). *Fysiatrian poliklinikka*. <https://www.ppshp.fi/Toimipaikat/Kuntoutus/Fysiatrian-poliklinikka/> (Käytetty 24.03.2020).

Rekola Juhani (1994). *Hoitosuhteen kehittäminen: Balint-ryhmätoiminnan kokemuksia perusterveydenhuollossa*. Helsinki: Stakes: Painatuskeskus [jakaja].

Roter Debra & Hall Judith (2006). *Doctors talking with patients / patients talking with doctors*. Westport, Praeger Publishers.  
[https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=p6HmN0R34nWC&oi=fnd&pg=PR7&ots=5ggvwwB2CF&sig=ZWKX21AnVUznsJmNojWqZ2eHMN8&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=p6HmN0R34nWC&oi=fnd&pg=PR7&ots=5ggvwwB2CF&sig=ZWKX21AnVUznsJmNojWqZ2eHMN8&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) (käytetty 24.03.2020).

Roter Debra, Hall Judith & Katz Neil (1987). Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Medical Care* 25(5), 437–51.

Sagan Carl (1980). *You have to know the past to understand the present*.  
<https://www.goodreads.com/quotes/194992-you-have-to-know-the-past-to-understand-the-present> (Käytetty 24.03.2020).

Salokekkilä Pirkko (2011). *Encounters in the Health Care The Voice of the Patient*. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Scott John, Scott Rebecca, Miller William, Stange Kurt & Crabtree Benjamin (2009). Healing relationships and the existential philosophy of Martin Buber. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 4, 11.

Setälä Päivi (2004). *Antiikin historia sivistyneen lääkärin ravintona*. Teoksessa: Larsen Andreo (toim.) *Antiikin lääketieteen perintö*. Helsinki: Yliopistopaino, Helsinki University Press. s.15–21.

Solin Heikki (2004). *Antiikin lääkäri*. Teoksessa: Larsen Andreo (toim.) *Antiikin lääketieteen perintö*. Helsinki: Yliopistopaino, Helsinki University Press. S.39–83.

Suikkanen Risto & Syrjälä Hanna (2010). *Suomalaisen uutismedian vuosiseuranta 2010*. Tiedotusopin laitos, Tampereen yliopisto. Julkaisuja B.  
<https://trepo.tuni.fi/handle/10024/65577>

Suomen kansalliskirjasto (2003). *Nuolenpäistä aakkosiin: sumerilaisten keksintö.*  
<https://www.kansalliskirjasto.fi/extra/verkkonayttelyt/kirjaimistot/sumerilaiset.html>  
 (käytetty 15.2.2020).

Suomen Lääkäriliitto (2019). *Lääkäreiden erikoistuminen Suomessa.*  
<https://www.erikoisalani.fi/artikkelit/erikoistuminen> (käytetty 15.2.2020).

Suomen perustuslaki (1992). *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista* [17.8.1992/785](https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista)  
 FINLEX, ajantasainen lainsäädäntö,  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista> (käytetty 15.2.2020).

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön koulutusrakenne [verkkojulkaisu].  
 ISSN=1799-4586. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 11.3.2020].  
 Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/vkour/index.html>

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön koulutusrakenne [verkkojulkaisu].  
 ISSN=1799-4586. 2018. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 11.3.2020].  
 Saantitapa: [http://www.stat.fi/til/vkour/2018/vkour\\_2018\\_2019-11-05\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vkour/2018/vkour_2018_2019-11-05_tie_001_fi.html)

Suomen virallinen tilasto (SVT): Yliopistokoulutus [verkkojulkaisu].  
 ISSN=1799-0599. 2018. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 11.3.2020].  
 Saantitapa: [http://www.stat.fi/til/yop/2018/yop\\_2018\\_2019-05-09\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/yop/2018/yop_2018_2019-05-09_tie_001_fi.html)

Suuri Journalistipalkinto (2019). *Suuri Journalistipalkinto 2019, voittajat.*  
<https://suurijournalistipalkinto.fi/> (Käytetty 16.03.2020).

Terveyskylä (2020). *Tervetuloa Terveyskylään.* <https://www.terveyskyla.fi/> (Käytetty 16.03.2020).

Tommila Päiviö (toim.) (2000). *Suomen tieteen historia 3: luonnontieteet, lääketieteet ja tekniset tieteet.* Helsinki: WSOY.

Torkkola Sinikka (2002). *Näkökulmia terveysviestintään.* Teoksessa: Torkkola Sinikka (toim.) *Terveysviestintä.* Helsinki: Tammi. s.5–12.

Torkkola Sinikka (2008). *Sairas juttu: Tutkimus terveysjournalismin teoriasta ja sanomalehden sairaalasta.* Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Tuomi Jouni & Sarajärvi Anneli (2002). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.* Helsinki: Tammi.

Tuomi Jouni & Sarajärvi Anneli (2009). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.* Helsinki: Tammi.

Tuorila Helena (2013). Potilaan voimaantuminen ei horjuta vaan tukee asiantuntijaa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 129(6), 666–671.

Tuovinen Janne (1984). *Tietäjistä kuppareihin: Kansanparannuksesta ja parantajista Suomessa*. Porvoo: WSOY.

Vastalääke.fi (2019). *Mikä on Vastalääke.fi?* <https://www.vastalaake.fi/mika-vastalaake/> (Käytetty 19.12.2019).

Vatjus Ritva (2014). *Kohti suhdekeskeisyyttä lääkärin ja potilaan kohtaamisessa: Laadullinen tutkimus potilas-lääkärisuhteen hahmottumisesta yleislääkäreiden koulutuksessa*. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.

Vilkka Hanna (2015). *Tutki ja kehitä*. Juva: PS-kustannus.

Vuorinen Heikki (2010). *Taudit, parantajat ja parannettavat*. Tampere: Vastapaino.

Väliaverronon Esa (2016). *Julkinen tiede*. Tampere: Vastapaino.

Väyrynen Heli (2020). Kiire kuormittaa lääkäreitä eniten. *Lääkärilehti* 10(75), 598–599.

Wiio Osmo & Puska Pekka (1993). *Terveystieteen opas*. Keuruu: Otava.

World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> (käytetty 6.2.2020).

## Kuvalähteet

Kuva 1. *Drawing of viscera etc., Avicenna, Canon of Medicine*. Wellcome Collection. Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) <https://wellcomecollection.org/works/hp5pncny> (käytetty 24.03.2020).

Kuva 2. Nina Aldin Thune 2011, Creative Commons. <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Galenoghippocrates.jpg> Tiedot alkuperäisestä freskosta <https://www.cattedraledianagni.it/> (käytetty 24.03.2020).

Kuva 3. KK3490:2779. *Suonta isketään*. Samuli Paulaharju 1921, kansantieteen kuvakokoelma, Museovirasto. [https://www.kuvakokoelmat.fi/pictures/view/KK3490\\_2779](https://www.kuvakokoelmat.fi/pictures/view/KK3490_2779) (käytetty 24.03.2020).

Kuva 4. HK18781101:1.8. *Turun akademia*. Reiberg Johan Jakob 1853, historian kuvakokoelma, Museovirasto. [https://www.kuvakokoelmat.fi/pictures/view/HK18781101\\_1.8](https://www.kuvakokoelmat.fi/pictures/view/HK18781101_1.8) (käytetty 24.03.2020).

Kuva 5. HK19640520:69. *Voimistelunopetta, myöhempi lääketieteen lisensiaatti Rosina Heikel*. 1860-luvun puoliväli, historian kuvakokoelma, Museovirasto. [https://www.kuvakokoelmat.fi/pictures/view/HK19640520\\_69](https://www.kuvakokoelmat.fi/pictures/view/HK19640520_69) (käytetty 24.03.2020).

Kuva 6. HK19670603:30147. *Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan laboratorio*. Pietinen 1937, historian kuvakokoelma, Museovirasto. [https://www.kuvakokoelmat.fi/pictures/view/HK19670603\\_30147](https://www.kuvakokoelmat.fi/pictures/view/HK19670603_30147) (käytetty 24.03.2020).

Kuva 7. Elamilaista nuolenpääkirjoitusta noin 1300 eaa., Chogha Zanbil, Iran. Mirette Modarress 1997.

Kuva 8. HK19401128:1415. *Kirjapaino*. Artur Faltin, historian kuvakokoelma, Museovirasto. [https://www.kuvakokoelmat.fi/pictures/view/HK19401128\\_1415](https://www.kuvakokoelmat.fi/pictures/view/HK19401128_1415) (käytetty 24.03.2020).

Kuva 9. HK19670603:3542. *Suomalainen Lääkäriseura Duodecim Helsingin yliopiston juhlasalissa*. Pietinen 1931, historian kuvakokoelma, Museovirasto. [https://www.kuvakokoelmat.fi/pictures/view/HK19670603\\_3542](https://www.kuvakokoelmat.fi/pictures/view/HK19670603_3542) (käytetty 24.03.2020).

Kuva 13. Findikaattori (2020). *Väestön ikärakenne*. Tilastokeskus. <https://findikaattori.fi/fi/14> (käytetty 24.03.2020).

## LIITTEET

### LIITE 1: Fysiatrian poliklinikan potilaille (n=37) jaettu kyselylomake

Kysely täytetään täysin anonyymisti, eikä sillä kerätä mitään henkilötietoja potilaista tai henkilökunnasta (**ÄLÄ** kirjoita omaa tai lääkärin nimeä lomakkeeseen). Kyselyllä kerätään aineistoa pro gradu -tutkimukseen, joka suoritetaan Oulun yliopiston humanistisen tiedekunnan tiedeviestinnän yksikön alaisuudessa. Tutkimuksen tarkoituksena on kerätä tietoa lääkäri-potilas -vuorovaikutuksesta ja terveysviestinnästä.

#### Taustatiedot

1. Sukupuoli                      mies ☐          nainen ☐
2. Ikä                              alle 25v ☐    25-50v ☐    51-75v ☐    yli 75v ☐
3. Koulutustausta              ☐ Peruskoulu/kansakoulu  
    ☐ Ammattikoulu  
    ☐ Ylioppilas  
    ☐ Ammattikorkeakoulu  
    ☐ Yliopistotutkinto
4. Ammatti \_\_\_\_\_

#### Sairauden määrittäminen sekä vuorovaikutus potilaan ja lääkärin välillä

1. Onko oireidenne taustalla oleva syy/sairaus selvinnyt tehdyissä tutkimuksissa?  
     Kyllä ☐  
     Osittain ☐  
     Ei ☐
2. Kuulitteko oireidenne taustalla olevasta syystä/sairaudesta ensimmäisen kerran lääkäriltä:  
     Kirjeitse ☐  
     Puhelimitse ☐  
     Vastaanottokäynnillä ☐
3. Jos kuulitte sairauden diagnoosista (diagnoosi = taudin määrittäminen) ensimmäisen kerran kirjeitse tai puhelimitse, niin selvisikö oireiden syy teille hyvin näkemättä lääkärinä?  
     Kyllä selvisi ☐  
     Selvisi osittain ☐  
     Ei selvinnyt ☐



4. Koetteko, että tiedätte tarpeeksi sairaudestanne ja siitä mistä oireenne johtuvat?  
Tiedän tarpeeksi ☐  
En tiedä tarpeeksi ☐
5. Jos ette tiedä tarpeeksi sairaudestanne, niin häiritseekö tietämättömyys arkanne?  
Ei häiritse ☐  
Häiritsee jonkin verran ☐  
Kyllä häiritsee ☐
6. Koetteko, että tiedätte tarpeeksi sairautenne hoidosta?  
Tiedän tarpeeksi ☐  
En tiedä tarpeeksi ☐
7. Jos ette tiedä tarpeeksi sairautenne hoidosta, niin häiritseekö tietämättömyys arkanne?  
Ei häiritse ☐  
Häiritsee jonkin verran ☐  
Kyllä häiritsee ☐
8. Oletteko itse etsinyt tietoa sairaudestanne?  
Olen etsinyt ☐  
En ole etsinyt ☐
9. Jos olette etsineet tietoa, niin mistä?  
Kirjoista ☐  
Lääketieteellisistä lehdistä ☐  
Aikakausi- ja/tai sanomalehdistä ☐  
Internetistä ☐  
Tuttavilta ☐  
Muualta ☐  
Mistä? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Onnistuiko lääkäri mielestänne selittämään diagnoosin teille siten, että ymmärrätte sairautenne ja mistä oireenne johtuvat?

Kyllä onnistui ☐

Onnistui osittain ☐

Ei onnistunut ☐

11. Jos lääkäri ei mielestänne onnistunut selittämään mistä oireenne johtuvat, niin mikä oli syynä:

Lääkärin käyttämät vaikeat sanat ja käsitteet ☐

Liian vähäinen aika ☐

Muu syy ☐

Mikä?

---



---



---



---

12. Koittekko, että tulitte lääkärikäynnillä kuulluksi?

Tulin kuulluksi ☐

Tulin osittain kuulluksi ☐

En tullut kuulluksi ☐

Alle voitte vapaasti kirjoittaa, mikä mielestänne onnistui/epäonnistui vuorovaikutuksessa lääkärin kanssa:

---



---



---



---



---



---



---



---

**Kiitokset vastauksistanne!**

## LIITE 2: Potilaan strukturoitu haastattelu

### Haastattelulomake

Haastattelulomake sisältää kaksi osiota (osio A ja B). Osiossa A esitän yleisesti vastaanottotilanteisiin ja lääkäri-potilassuhteeseen liittyviä kysymyksiä, osiossa B pyydän vastaamaan fysiatrian poliklinikan syksyn 2019 vastaanottokäyntiin liittyviin kysymyksiin. Vastaa kysymyksiin edeten järjestyksessä yksi kysymys kerrallaan. Saat vastata niin laajasti kuin haluat.

#### Osio A.

Kysymykset liittyen vastaanottotilanteeseen ja lääkäri-potilassuhteeseen yleisellä tasolla.

1. Miten määrittelisit lääkäri-potilassuhteen?
2. Koetko lääkäri-potilassuhteen epäsymmetriseksi asetelmaltaan?  
Jos koet, niin:
  - a. millä tavoin?
  - b. Miten se ilmenee mielestäsi vastaanotolla?
  - c. Kuinka paljon mahdollinen epäsymmetrinen asetelma mielestäsi vaikuttaa vuorovaikutussuhteeseen ja viestintään?
3. Mitkä asiat vaikuttavat sinun kokemuksesi mukaan lääkäri-potilassuhteeseen?
4. Tutkimuksissa on osoitettu, että lääkärin niin sanottu tekninen osaaminen ei yksistään riitä onnistuneen hoitosuhteen ja paranemisprosessin luomiseen, sillä potilaat kokevat syvällisen lääkärisuhteen ja vuorovaikutuksen onnistumisen lääkärin kanssa keskeiseksi osaksi paranemisprosessia. Kuinka itse koet vuorovaikutuksen merkityksen?
5. Kuinka paljon koet vuorovaikutussuhteen lääkärin kanssa vaikuttavan hoitotyytyväisyyteen ja hoitoon sitoutuneisuuteen?
6. Mitä kuulluksi tuleminen tarkoittaa sinulle lääkäri-potilassuhteessa? Kuinka tärkeänä osana hoito- ja paranemisprosessia näet kuulluksi tulemisen?
7. Kuinka suuri merkitys mielestäsi onnistuneella tiedeviestinnällä eli lääketieteellisen tiedon esittämisellä helposti ymmärrettävässä muodossa on vuorovaikutus- ja hoitosuhteessa?

Osio B.

Kysymykset liittyen selkäkivun vuoksi tapahtuneisiin vastaanottokäynteihisi keväällä ja syksyllä 2019.

Lääkärinkäynti ennen OYS:n fysiatrian poliklinikan lääkärin vastaanottoa:

Hakeuduit lääkäriin pitkittyneen alaselkäkivun vuoksi. Kivut olivat jatkuneet useamman kuukauden ja sen vuoksi lanneranka päädyttiin kuvantamaan keväällä 2019. Kuvantamislausunto alkuperäisessä muodossaan alla:

*NA3BG – Lannerangan magneettitutkimus*

*Lausunto:*

*5 lumbaalityypistä nikamaa on linjassa. Hieman oikealle konveksia skolioosia. Oikoryhti. Voimakas Modic-1 ödeemi L4/5-välissä, diskus on madaltunut ja diskuksessa on dorsaalinen protruusio. Protruusio kaventaa molempia L5-lateraalirecessejä mutta ei aiheuta mekaanista stenoosia. Muut diskukset ovat normaalit, ei pinnepaikkoja. Ei juurikanavakaventumia.*

*- voimakas Modic-1 ödeemi ja diskusprotruusio L4/5 mutta ei pinnepaikkoja*

1. Koitko vuorovaikutuksen lääkärin kanssa onnistuneen ensimmäisellä käynnillä?
2. Koitko tullessi kuulluksi?
3. Vastaanoton jälkeen sinulle tehtiin lähete lannerangan MRI-tutkimukseen ja kävit kuvantamisessa; millä tavalla kuulit ensimmäisen kerran kuvantamistuloksista:
  - a. Lääkärin vastaanottokäynnillä?
  - b. Puhelimitse?
  - c. Kirjeitse?
  - d. Muulla tapaa? Millä?
4. Selvisikö oireiden syy itsellesi, kun kuulit ensimmäisen kerran kuvantamistuloksista?

Jos ei, niin:

- a. mistä koet sen johtuvan?
- b. mitä tunteita se sinussa herätti?

- c. häiritsikö tietämättömyys sinua?
  - d. vaikuttiko se kokemukseesi kuulluksi tulemisesta?
  - e. vaikuttiko se kokemukseesi sairaudestasi?
  - f. vaikuttiko se kokemukseesi paranemisesta; vähensikö/lisäsikö se motivaatiota kuntouttamiseen/kuntoutumiseen?
  - g. saiko se sinut hakemaan itse tietoa sairaudestasi? Jos sai niin mistä hait tietoa?
5. Saitko lausunnon nähtäville eli luitko yllä olevan tekstin itse?
- Jos luit tekstin, niin:
- a. mitä tunteita se sinussa herätti, kun luit sen ensimmäisen kerran?
  - b. Heräsikö sinulla kysymyksiä luettuasi tekstin?
  - c. Saitko mahdollisuuden käydä lääkärin kanssa läpi mieleen heränneitä kysymyksiä?
6. Kävikö lääkäri kanssasi läpi kuvantamistulosta eli yllä olevaa lausuntoa:
- a. Jos kävi, niin millä tavalla koet lääkärin onnistuneen selittämään sinulle lausunnon löydökset ymmärrettävällä suomenkielellä?
  - b. Jos ei käynyt, niin mitä tunteita se sinussa herätti?
7. Aiheuttiko sairaus/oireet tai tietämättömyys sen taustalla olevista syistä sinussa haavoittuneisuuden tunnetta?
- Jos kyllä, niin:
- a. koitko, että sait jakaa syntynyttä haavoittuneisuuden kokemusta lääkärisi kanssa?
  - b. Tulitko siinnä kuulluksi?

#### Lääkärinkäynti OYS:n fysiatrian poliklinikalla:

Lääkäri, jolle hakeuduit arvioon ja joka lähetti sinut kuvantamiseen, teki sinusta vielä kuvantamisen jälkeen lähetteen Oulun yliopistollisen sairaalan Fysiatrian poliklinikalle. Sen seurauksena tulit minun vastaanotolleni. Ensin haastattelin ja tutkin sinut, sen jälkeen kävimme kanssasi läpi lannerangan kuvantamislöydökset rankamallilla ja kuvamateriaaleilla. Kävimme lausunnon yhdessä läpi, ”suomensin” sen sinulle ja selitin miten löydökset selittävät oireitasi ja kuinka hoitoprosessi etenisi.

1. Mitä tunteita toinen lääkärikäynti sinussa herätti?
2. Kuinka koet vuorovaikutuksen minun kanssani onnistuneen?
3. Koitko tullessi kuulluksi vastaanotollani?
4. Koitko, että onnistuin selittämään sinulle ymmärrettävästi kuvantamislöydökset?
  - a. Jos kyllä, niin miksi?
  - b. Jos ei, niin miksi?
5. Minä koin, että vuorovaikutus välillämme onnistui hyvin; koin, että käynnillä sinulle selvisi oireiden syyt siinä määrin, että pystyit jatkamaan omaehtoista kuntoutumista yhden fysioterapeutin ohjauskäynnin ja kontrollisoiton jälkeen.
  - a. Koitko asian samalla tavalla kuin minä?
  - b. Jos et, niin miltä osin kokemuksesi oli erilainen?
6. Minä koin, että onnistunut vuorovaikutus johti siihen, että ymmärsit paremmin oireittesi syyt ja sai sinut uskomaan itsenäiseen kuntoutumiseen; sinusta tuli siis aktiivinen osallistuja omassa hoitoprosessissasi. Lähdit minun silmin katsottuna vastaanotolta itsevarmana uskoen omiin vaikutusmahdollisuuksiisi hoito- ja paranemisprosessissa.
  - a. Koetko, että onnistunut vuorovaikutus sai sinut aktiivisemmaksi osallistujaksi omassa hoitoprosessissa/ Motivoiko kuulluksi tulemisen kokemus panostamaan itsekin hoitoprosessiin?
  - b. Koetko, että onnistunut vuorovaikutus ja kuulluksi tuleminen auttoivat sinua myös paranemisprosessissa?
7. Halutessasi voit vielä vapaasti kirjoittaa tähän asiaan liittyvistä tuntemuksistasi tai mahdollisesti mieleen heränneistä kysymyksistä.

### LIITE 3: Lääkärin strukturoitu haastattelu

1. Miten määrittelisit lääkäri-potilasvuorovaikutussuhteen?
2. Terveysviestinnän tutkimuksessa lääkäri-potilassuhde on määritelty muun muassa ”viestinnälliseksi prosessiksi, jossa luodaan ja jaetaan merkityksiä” (Ritva Vatjus, 2014). Mitä mieltä olet edellä olevasta määritelmästä?
3. Mitkä asiat vaikuttavat sinun kokemuksesi mukaan lääkäri-potilassuhteeseen?
4. Tutkimuksissa on todettu, että vastaanoton kulkuun, lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen, vaikuttaa henkilökohtaiset toiveet ja odotukset eli ei lääketieteelliset muuttujat. Kuinka paljon mielestäsi ei lääketieteelliset muuttujat vaikuttavat lääkäri-potilassuhteeseen sekä hoito- ja paranemisprosessiin kokonaisuudessaan?

Tutkimuksissa on osoitettu, että lääkärin niin sanottu biomedisiininen tekninen osaaminen ei yksistään riitä onnistuneen hoitosuhteen ja paranemisprosessin luomiseen, sillä potilaat kokevat syvällisen lääkärisuhteen ja vuorovaikutuksen onnistumisen lääkärin kanssa keskeiseksi osaksi paranemisprosessia.

5. Kuinka merkitykselliseksi onnistuneen hoitosuhteen kannalta koet lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen vastaanotolla? Kuinka paljon koet vuorovaikutussuhteen lääkärin kanssa vaikuttavan hoitotyytyväisyyteen ja hoitoon sitoutuneisuuteen?
6. Koetko lääkäri-potilassuhteen viestintätilanteena epäsymmetriseksi asetelmaltaan? Kuinka paljon mahdollinen epäsymmetrinen asetelma mielestäsi vaikuttaa vuorovaikutussuhteeseen ja viestintään?
7. Mitä kuulluksi tuleminen mielestäsi tarkoittaa lääkäri-potilasvuorovaikutussuhteessa? Kuinka tärkeänä osana hoito- ja paranemisprosessia koet sen olevan?
8. Kuinka suuri merkitys mielestäsi onnistuneella tiedeviestinnällä, lääketieteellisen tiedon esittämisellä helposti ymmärrettävässä muodossa, on vuorovaikutus- ja hoitosuhteessa?
9. Haastatteleman potilaan lannerangan MRI-lausunto on alla. Mitä mietteitä se herättää, jos tarkastelet asiaa potilaan kannalta?

*NA3BG – Lannerangan magneettitutkimus*

*Lausunto:*

*5 lumbaalityyppistä nikamaa on linjassa. Hieman oikealle konveksia skolioosia. Oikoryhti. Voimakas Modic-1 ödeemi L4/5-välissä, diskus on madaltunut ja diskuksessa on dorsaalinen protruusio. Protruusio kaventaa molempia L5-lateraaliressesjä mutta ei aiheuta mekaanista stenoosia. Muut diskukset ovat normaalit, ei pinnepaikkoja. Ei juurikanavakaventumia.*

- voimakas Modic-1 ödeemi ja diskusprotruusio L4/5 mutta ei pinnepaikkoja*

10. Kuinka haastavana koet tiedeviestinnän ja tieteen yleistajuistamisen?